



Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca

do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Sónia Cátia Apolinário Ferreira

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Especialização da Gestão de Unidades de Saúde.

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coorientador: Dr.^a Aurora Andrade

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Porto, novembro, 2012



Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Sónia Cátia Apolinário Ferreira

Orientador: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coorientador: Dr.^a Aurora Andrade

Porto, novembro, 2012

Resumo

A Insuficiência Cardíaca (IC), como uma doença crónica, tem vindo a ser alvo de análise devido ao seu impacto, não só a nível económico, mas também a nível da qualidade de vida (QV). Vários estudos demonstram que os doentes com IC apresentam um comprometimento da QV, em várias dimensões.

OBJETIVO: Descrever a QV dos doentes com IC do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS).

METODOLOGIA: O estudo é quantitativo, transversal, prospetivo e descritivo. Foi aplicado, entre janeiro a junho de 2012, o Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) para avaliar o estado de saúde (ES) e o Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) para avaliar a QV de 326 doentes com IC, dos quais 226 seguidos na Consulta Externa (77,9% masculinos, idade média 67,5 \pm 11,6 anos, desvio padrão) e 100 na Clínica de IC (CIC) (73,0% masculinos, idade média 59,0 anos, desvio padrão \pm 12,7). Foi usada a estatística descritiva, teste t, qui quadrado e a análise da variância.

RESULTADOS: Os doentes do género feminino, do grupo etário 75-100 anos, solteiros, divorciados, separados ou viúvos, que não sabem ler nem escrever, sem apoio dos amigos e sem condições económicas mínimas para o tratamento da IC apresentaram pior ES e QV.

Os doentes submetidos à terapia de ressincronização cardíaca e às cirurgias valvular e de revascularização tiveram melhor QV. Os doentes com IC de etiologia isquémica e em classe III-IV da New York Heart Association apresentaram pior ES. Nestas classes e com fração de ejeção \leq 35% os doentes tiveram pior QV.

Os doentes da CIC evidenciaram melhor ES e QV.

CONCLUSÕES: A QV dos doentes com IC do CHTS é influenciada pelos fatores pessoais, clínicos e pelo local de intervenção.

É fundamental mensurar a QV, na prática clínica, para evidenciar a perceção do ES dos doentes e o impacto da IC na QV.

Palavras chave: qualidade de vida, insuficiência cardíaca, clínica de insuficiência cardíaca, questionário KCCQ versão Portuguesa

Resumen

La insuficiencia cardíaca (IC), como una enfermedad crónica, ha sido el objetivo de análisis, debido a su impacto, no sólo económico, sino también el nivel de calidad de vida (QOL). Varios estudios muestran que los pacientes con IC tienen una calidad de vida deteriorada en varias dimensiones.

OBJETIVO: Describir la calidad de vida de los pacientes con IC Hospital Center Tâmega y Sousa (CHTS).

METODOLOGÍA: El estudio es prospectivo cuantitativo, transversal y descriptivo. Se aplicó entre enero y junio de 2012, el Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) para evaluar el estado de salud (ES) y el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) para evaluar la calidad de vida de 326 pacientes con IC, que siguió en la Consulta Externa de 226 (77,9% varones, edad media 67,5 años, DE $\pm 11,6$) y 100 en la clínica de HF (CIC) (73,0% varones, edad media 59,0 años, DE $\pm 12,7$). Se utilizó estadística descriptiva, prueba t, prueba de chi cuadrado y análisis de varianza.

RESULTADOS: Los pacientes de sexo femenino, grupo de edad 75-100 años de edad, soltero, divorciado, separado o viudo, que no saben leer ni escribir, sin el apoyo de amigos y sin normas económicas para el tratamiento de la IC registró peor calidad de vida y ES.

Los pacientes sometidos a terapia de resincronización cardíaca y cirugía valvular y revascularización tuvieron mejor calidad de vida. Los pacientes con insuficiencia cardíaca de etiología isquémica y la clase III-IV de la New York Heart Asociación mostraron peor ES. En estas clases y con fracción de eyección $\leq 35\%$ de los pacientes tenían peor calidad de vida.

Los pacientes mostraron una mejor CIC calidad de vida y ES.

CONCLUSIONES: La calidad de vida de los pacientes con IC CHTS está influida por factores personales, la intervención clínica y el sitio.

Es esencial para medir la calidad de vida en la práctica clínica, para resaltar la percepción de los pacientes con esclerosis sistémica y el impacto de la IC en la calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, insuficiencia cardíaca, insuficiencia cardíaca clínica, KCCQ cuestionario versión portuguesa

Summary

Heart failure (HF), as a chronic illness, has been the target of analysis, due to its impact, not only economically, but also the levels of life's quality. Several studies show that patients with HF could have a negative impact in some dimensions, of QOL.

OBJETIVE: To describe the QoL of patients with HF in the Tâmega and Sousa Hospital Centre (CHTS).

METHODOLOGY: The study is quantitative, transversal, prospective and descriptive. The Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) was applied between January and June 2012, to measure the state of health (SH), and the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) – that also was applied in the same data – was used to measure QOL of 326 HF patients, witch 226 of them are from Outpatient (77.9% male, mean age 67.5 years, SD \pm 11.6) and 100 are from HF clinic (CIC) (73.0% male, age average 59.0 years, SD \pm 12.7). We used descriptive statistics, t test, Qui square test and analysis of variance.

RESULTS: Female patients, with aged between 75-100 years old, single, divorced, separated or widowed who cannot read or write, without friends support and with no economic standards capable to support the HF treatment, shows less levels of healthy and QoL.

Patients that were submitted to a cardiac resynchronization therapy and to a valvular surgery and revascularization had better QoL. The patients with heart failure of ischemic etiology in III-IV class of the New York Heart Association shows worse healthy levels. In these classes and with ejection fraction $\leq 35\%$ these patients had worse QOL.

Patients that were submitted to a clinic intervention in the HF clinic, showed better levels of QoL and health.

CONCLUSIONS: The QoL of the patients with heart failure that re in CHTS, is influenced by personal factors, clinical and site intervention.

In clinical practice it is important to be in account the QoL, to better understand the health condition of patients and the impact of the HF in their life's quality.

Keywords: quality of life, heart failure, heart failure clinic, KCCQ questionnaire-Portuguese version

À minha família e aos meus amigos pela compreensão, ajuda, incentivo constante e carinho demonstrado.

Agradecimentos

Os maiores agradecimentos do autor e o reconhecimento público a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização desta investigação fosse possível.

Em primeiro lugar aos Orientadores da Dissertação: ao Exmo. Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira pela sua imprescindível orientação e transmissão de conhecimentos, na área da investigação em Saúde; e à Exma. Dr.^a. Aurora Andrade pela valiosa disponibilidade e pelos relevantes conhecimentos transmitidos, na área da IC.

À Doutora Elizabete Neves Leal pela disponibilidade de utilização do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire versão Portuguesa.

A todos os doentes que prontamente e solidariamente se mostraram disponíveis para responder ao instrumento de recolha de dados.

Aos Enfermeiros do Serviço de Cardiologia e da Consulta Externa, em especial, às Enfermeiras da Clínica de Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, pela sua amizade e contribuição na realização deste trabalho.

À colega de mestrado Sofia pelo seu companheirismo, durante o desenvolvimento e produção deste estudo.

Às administrativas da Clínica de Insuficiência Cardíaca, da Consulta Externa e dos exames de diagnóstico de cardiologia, ao Engenheiro de Informática e aos Técnicos de Saúde de Cardiologia pela valiosa cooperação na presente realização.

À Exma. Diretora e à Exma. Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia, à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração pelo apoio prestado e pela autorização concedida para que a elaboração deste trabalho fosse possível.

Aos restantes profissionais envolvidos, do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto – Instituto Politécnico do Porto, pela colaboração prestada.

E um agradecimento, muito especial, à família e aos amigos do autor pela compreensão, apoio e carinho, sem as quais não seria possível a realização desta Dissertação.

A todos... Muito obrigado!

Abreviaturas

A/D – Ansiedade/ depressão

AE – Autoeficácia

AH – Atividades Habituais

ANOVA – Análise da variância

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

AVDs – Atividades de Vida Diária

CE - Consulta Externa

CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável

CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

D/M – Dor/mal-estar

Dp – Desvio padrão

CP – Cuidados pessoais

CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio

CRT/ TRC - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca

ES – Estado de Saúde

EPICA - Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca e Aprendizagem

EQ-5D - Euro Quality of Life Instrument-5D (EuroQol)

ESC – European Society of Cardiology

FE – Fração de Ejeção

FEVE – Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo

IC – Insuficiência Cardíaca

KCCQ - Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

LF – Limitação física

LS – Limitação social

M – Mobilidade

Me - Média

MLHFQ - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

NYHA - New York Heart Association

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde

p – valor prova

PMD – Pacemaker Definitivo

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporânea

PTCA – Angioplastia Coronária Percutânea

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

S – Sintomas

SAM - Sistema de Apoio Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SF 36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

VAS - Visual Analogue Scale

VE- Ventrículo Esquerdo

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	5
1. Enquadramento Teórico.....	5
1.1 Qualidade de Vida.....	6
1.1.2 Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca.....	16
Capítulo II <u>CONTRIBUTO EMPÍRICO</u>	63
2. Contributo Empírico.....	33
2.1 Metodologia	33
2.1.1 Objetivos, Finalidades e Hipóteses do Estudo.....	34
2.1.2 Amostra	34
2.1.3 Tipo de Estudo	37
2.1.4 Instrumentos de Recolha de Dados	37
2.1.5 Procedimentos.....	40
2.2 Resultados.....	45
2.2.1 Caracterização da Amostra.....	45
2.2.1.1 Caracterização Sociodemográfica	45
2.2.1.2 Caracterização Clínica	47
2.2.1.3 Caracterização do ES e da QV	49
2.2.1.3.1 Caracterização do ES medido pelo EQ-5D e pela VAS	49
2.2.1.3.2 Caracterização da QV medida pelo KCCQ.....	51
2.2.2 Relação do ES e da QV com as Características Individuais (sociodemográficas e clínicas) e com o Local de Intervenção	58
2.2.2.1 Relação do ES e da QV com as Variáveis Sociodemográficas.....	58
2.2.2.2 Relação do ES e da QV com as Variáveis Clínicas.....	64
2.2.2.3 Relação do ES e da QV com o Local de Intervenção.....	74
2.3 Discussão dos Resultados	76
Conclusões.....	83
Referências Bibliográficas	85
ANEXOS.....	i
ANEXO I - Pedido de autorização à Diretora do Serviço de Cardiologia do CHTS para realização do estudo.....	ii
ANEXO II - Pedido de autorização à Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia do CHTS para realização do estudo.	iii

ANEXO III - Consentimento Informado.	iv
ANEXO IV - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração e ao Presidente da Comissão de Ética do CHTS para realização do estudo.	v
ANEXO V - Pedido de autorização para uso da versão Portuguesa do KCCQ (Leal et al., 2010c).	vi
ANEXO VI - EQ-5D	vii
ANEXO VII - KCCQ	viii
APÊNDICES	ix
APÊNDICE I - Tabela 1 - Estudos relacionados com a temática.	x
APÊNDICE II - Questionário Sociodemográfico e Clínico.	xi
APÊNDICE III - Tabela 2 – Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir.	xii

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema ilustrativo sobre o enquadramento teórico do estudo.	6
Figura 2. Esquema ilustrativo sobre a temática da qualidade de vida.....	7
Figura 3. Esquema ilustrativo sobre a temática da qualidade de vida do doente com insuficiência cardíaca.....	17
Figura 4. Esquema ilustrativo sobre o contributo empírico do estudo.	33

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação funcional da New York Heart Association com base na gravidade dos sintomas e atividade física.	19
Tabela 2 - Sintomas e sinais típicos da Insuficiência Cardíaca.	21
Tabela 3 - Características e componentes de programas de gestão para doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e preservada.	26
Tabela 4 - Tópicos essenciais que devem ser abordados durante a educação do doente e as competências e autocuidados que devem ser ensinados em relação a estes temas.	27
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra.	46
Tabela 6 - Caracterização clínica da amostra – Clínica de Insuficiência Cardíaca.	47
Tabela 7 - Caracterização clínica da amostra.	48
Tabela 8 - Caracterização do ES medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) e pela Visual Analogue Scale (VAS).	50
Tabela 9 - Caracterização da QV medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) .	52
Tabela 10 - Medidas de tendência central e de dispersão das dimensões de QV, medidas pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).	57
Tabela 11 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e as variáveis sociodemográficas.	58
Tabela 12 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com as variáveis sociodemográficas.	60
Tabela 13 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e as variáveis clínicas.	65
Tabela 14 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com as variáveis clínicas.	69
Tabela 15 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e o local de intervenção.	74
Tabela 16 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com o local de intervenção.	74

Introdução

O aumento da prevalência de doenças crónicas e o desenvolvimento dos conceitos de saúde e de qualidade de vida (QV) levam a que o tratamento da insuficiência cardíaca (IC) tenha por objetivo, não apenas o prolongar a vida e a capacidade do indivíduo conseguir manter normalmente as suas atividades habituais, mas também o melhorar a QV, apesar das limitações sentidas. Assim, com a adoção de uma visão holística do doente, a autoavaliação da QV, que reflete o impacto da doença e do tratamento nas diversas dimensões do indivíduo, tem-se tornado um complemento dos indicadores clínicos objetivos e uma medida de resultado cada vez mais relevante na pesquisa clínica diária, visto que a evolução do mercado de saúde se dá no sentido do aumento da sua competitividade e as necessidades e preferências dos utentes são consideradas na distribuição dos recursos escassos.

A QV é uma interpretação do doente acerca do seu próprio estado de saúde (ES), tendo em conta a sua experiência de vida e o que ainda perspetiva ser capaz de fazer. Deste modo, vários estudos demonstram que a redução da QV é um problema inerente ao indivíduo com IC. Esta doença crónica tem tido não só um impacto considerável a nível económico, relacionado com o seu tratamento, mas também um importante comprometimento em todas as dimensões da qualidade de vida, relacionada com a saúde (QVRS) do doente, dada a sua incapacidade em manter as atividades diárias e profissionais. Os impactos da IC trazem implicações para os próprios doentes, para a família e para o sistema de saúde. No entanto, segundo estudos, estas poderiam ser minimizadas com a implementação de programas multidisciplinares de gestão da IC baseados em Enfermagem.

O interesse em aprofundar esta temática da IC surge da experiência de trabalho com doentes com esta patologia no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) e, assim, da necessidade em avaliar a QV destes doentes, como indicador de saúde, e em identificar os fatores que a influenciam, de modo a otimizar os cuidados prestados e, consequentemente melhorar a QV destes doentes.

A presente dissertação tem como finalidades: demonstrar a relevância da autoperceção da QV dos doentes com IC, como complemento das medidas objetivas tradicionais; mostrar o interesse em avaliar os resultados, através da análise da efetividade das intervenções que contribuem para a melhoria da QV dos doentes com IC; divulgar a importância de intervenções clínicas na IC, que promovam a autogestão, o autocuidado e a responsabilização dos doentes pela sua doença crónica; e demonstrar a necessidade de programas de sensibilização para a promoção do autocuidado dos doentes com IC e consequente melhoria da QV.

O estudo pretende descrever a QV dos doentes com IC do CHTS. É uma investigação quantitativa, transversal, prospetiva e descritiva com recurso à técnica de amostragem aleatória e aos critérios de escolha das unidades por conveniência. A amostra é composta por 326 doentes com IC do CHTS, com seguimento em ambulatório, que desde janeiro a junho de 2012 recorreram à clínica de

insuficiência cardíaca (CIC) (100 doentes) e à consulta externa (CE) (226 doentes). Foi utilizado como instrumento de recolha de dados o questionário genérico Euro Quality of Life Instrument-5D (EuroQol) (EQ-5D) e a Visual Analogue Scale (VAS) para avaliar o ES, o questionário específico Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) para avaliar a QV dos doentes com IC e um questionário sóciodemográfico e clínico para caracterização da amostra.

A dissertação estrutura-se nos seguintes capítulos: enquadramento teórico, que aborda a temática da QV e como esta é afetada pela IC; contributo empírico, que apresenta a metodologia utilizada, os resultados desta investigação e as principais conclusões.

Concluindo, o aumento da sobrevida das pessoas com doenças crónicas dá ênfase ao desafio colocado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, não chega aumentar a esperança média de vida dos doentes, é crucial que esses anos sejam vividos com qualidade. Deste modo, é adicionada à vertente exclusivamente tecnológica e biomédica a tão almejada humanização dos cuidados, investindo na QV das pessoas.

Assim, mais estudos são necessários para avaliar a QV dos doentes com IC, de modo a que este objetivo seja relevante na prática clínica diária dos profissionais de saúde.

Capítulo I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento Teórico

Depois de escolhido o tema de investigação foi efetuada uma revisão da literatura, com base em trabalhos anteriores importantes para a elaboração de um enquadramento teórico, que forneceu uma perspetiva ao estudo.

A revisão da literatura foi efetuada, no período compreendido entre janeiro e julho de 2012, iniciando-se com uma pesquisa bibliográfica, recorrendo aos instrumentos de pesquisa documental da comunidade científica, em catálogos de bibliotecas universitárias, índices, resumos, bibliografia já existente sobre o assunto, entre outros.

Inicialmente, foi efetuada *online* uma pesquisa bibliográfica geral e posteriormente uma mais específica. Foi pesquisada bibliografia, através do uso de palavras-chave (por exemplo: “IC”, “QV”, “KCCQ”, “EQ-5D”), combinação de palavras e frases (por exemplo “QV do doente com IC”), assim como sinónimos e palavras relacionadas com a temática, quer em Português como em Inglês. Deste modo, foram encontrados, na Internet, inúmeros documentos digitais (artigos, publicações periódicas, monografias, dissertações, normas, entre outros) que foram selecionados, privilegiando-se essencialmente as fontes primárias.

Durante a revisão da literatura, os estudos relacionados com a temática foram organizados na Tabela 1, que se encontra no Apêndice I.

A consulta de diversas fontes documentais permitiu verificar o estado atual dos conhecimentos do tema a estudar, aumentar o campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o estudo e os trabalhos de investigação efetuados por outros investigadores.

A amplitude desta revisão da literatura dependeu das fontes disponíveis, do limite de páginas da informação requerida e, sobretudo, do tempo disponível para a efetuar, influenciando deste modo a profundidade e a extensão da pesquisa. No entanto, espera-se que esta sirva de base e que ajude na construção do enquadramento teórico nos próximos subcapítulos, assim como no fornecimento de um contexto para a discussão dos resultados.

Este capítulo do enquadramento teórico é dividido em dois subcapítulos. O primeiro refere-se à QV e o segundo aborda de que modo é que a QV é afetada pela IC. O enquadramento teórico desenvolveu-se como ilustrado na Figura 1.

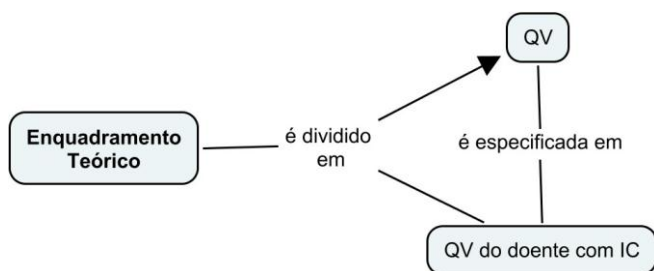


Figura 1. Esquema ilustrativo sobre o enquadramento teórico do estudo.
Legenda: IC – Insuficiência Cardíaca; QV – Qualidade de Vida.

1.1 Qualidade de Vida

No presente subcapítulo aborda-se a evolução do conceito de saúde, a importância do conceito de QV e de QVRS, assim como o interesse em completar os tradicionais indicadores objetivos com indicadores subjetivos de medição da QV.

O subcapítulo da QV desenvolveu-se de acordo com a Figura 2.

Nas últimas décadas tem-se assistido a um crescente envelhecimento das populações, explicado pelo progresso em geral e pela evolução das ciências da saúde em particular.

O surgimento de novas tecnologias em saúde e de novos fármacos conduziu à realização de exames de diagnóstico mais fidedignos e com menor probabilidade de erro e assim, à identificação mais rápida das causas das doenças e do seu tratamento. Grandes avanços em termos de prevenção, tratamento e reabilitação melhoraram o prognóstico. Geralmente, o aumento da esperança de vida é associado a melhores condições sociais, económicas e de saúde de uma sociedade, o que permite obter ganhos em saúde e um aumento da expectativa de vida, mas nem sempre essa melhoria corresponde a uma vida com saúde e com qualidade (Ministério da Saúde, 1997).

Como resultado destas intervenções, surge uma população envelhecida e mais suscetível ao aumento dos problemas de incapacidade e da cronicidade das doenças que, na sua grande maioria, amenizam os sintomas mas não as curam. Habitualmente as doenças crónicas influenciam a QV; porém, as diferentes personalidades de cada um e os hábitos de vida fazem com que o impacto por elas provocado seja distinto e geralmente não se relaciona com a gravidade ou prognóstico da doença (Neves, 2000). Provocam no doente a perda de controlo sobre si e tudo que o rodeia, e o seu processo de adaptação (*Locus de Controlo*) é influenciado, não só pelas experiências vividas e pela personalidade do indivíduo, mas também pela perceção do controlo que este tem da situação o que vai, por sua vez, influenciar a adesão do doente ao tratamento prescrito (Oliveira & Paixão, 1998; Ribeiro, 2000).

Ao longo do tempo tem-se observado também o desenvolvimento dos conceitos de saúde e de QV e, por isso, ainda hoje, a sua definição constitui um autêntico desafio.

Inicialmente, os cuidados prestados ao doente eram centrados nos cuidados médicos, na disfunção fisiológica e na identificação e correção de problemas de saúde e, por isso, a doença era medida numa perspetiva negativa com base nas alterações fisiopatológicas. No entanto, esta perspetiva biomédica foi alterada aquando da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) (1946) com o surgir da definição de saúde, mencionada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Esta postura da OMS foi enaltecida pela visão holística do ser humano ao considerar a multidimensionalidade e julgada, quer pela falta de alguns aspetos no estado de completo bem-estar, como o espiritual (Greene & Simons-Morton, 1984; Ribeiro, 2000), quer pela inatingibilidade da saúde perfeita, pois o homem está em constante mudança ao ser influenciado pelo meio que o rodeia (Carmona, 1989; Ferreira, 1990a; Ribeiro, 2000).

Assim, progressivamente, o conceito de saúde passou de uma abordagem negativa para perspetivas positivas e sociais. Estas alterações retratam uma visão holística do indivíduo e orientam para uma noção de ES, o qual inclui não só os fatores físicos, mas também os fatores sociais e de atividade, o bem-estar mental e emocional, a perceção da saúde em geral, a dor, a energia, a vitalidade (Ferreira, 1996), a capacidade para enfrentar as dificuldades, a capacidade de adaptação (Bowling, 2001; Gil, 1998; Larson, 1991), a capacidade do indivíduo de resistir ao *stress*, a capacidade em manter-se

integrado, a capacidade em manter uma moral elevada, a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico (Ribeiro, 2000; Wilkin, Hallam & Dogget, 1993).

Os termos saúde e doença evoluíram desde um *continuum*, em que a saúde constituía num extremo a ausência de sintomas e no extremo oposto a morte, passando pelo modelo de Bowling (1994) que sugere que a saúde varia entre a saúde perfeita num limite, atravessando por estádios intermédios que predispõe ao início e ao desenvolvimento da doença, até à morte no limite oposto. Posteriormente surge com Merrell e Red ((n.d.), citados por Bowling, 1994), uma escala que varia desde a saúde positiva, em que os indivíduos se sentem muito bem, passando por estados intermédios de mau estar, até à saúde negativa em que os indivíduos se sentem bastante mal e doentes.

Qualquer que seja a perspetiva de saúde, seja ela epidemiológica (resistência ao agente patogénico), ecológica (relação de equilíbrio entre os indivíduos e o ambiente), teológica (benfeitoria ao próximo), sociológica (comportamento normal dentro de um grupo), ou consumista (investimento adquirido), pode ser alterada constantemente, tendo em conta os inúmeros acontecimentos ao longo da vida.

A perspetiva da saúde, dirigida somente para a função biológica do indivíduo, constitui, hoje em dia, uma visão fragmentada que lentamente tem vindo a desaparecer, e termos como QV cada vez mais vão-se impondo na linguagem científica (Direção Geral da Saúde, 2012b). Por isso, nos últimos tempos muito se tem falado em QV em diversos domínios; no entanto nem sempre é fácil conceitualizá-la, uma vez que têm tido vários significados ao longo do tempo, de acordo com as crenças e a época em que é feita a sua análise (Santos, 2007; Trentini, 2004). De acordo com Buarque (1993), por um lado talvez nenhum conceito seja mais antigo que o da QV mesmo antes de ser definido, e por outro talvez nenhum conceito seja mais moderno do que a procura incessante da QV, pois o indivíduo tem como objetivo conseguir um adequado nível de vida social, familiar, cultural e económico que é influenciado pelo ES, pelas suas necessidades, ambições e desejos de bem-estar, físico, psíquico profissional e económico.

De acordo com a OMS Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) (1998) e a WHOQOL Group (1993), a QV é definida como uma perceção pessoal da sua vida tendo em conta o contexto de valores culturais que o envolve, os seus objetivos, expectativas e condicionalismos existentes. É um conceito afetado pela saúde física, pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais e fatores ambientais.

A QV é um conceito complexo, que se relaciona com o bem-estar, ES, felicidade e satisfação. Estes, por sua vez, também apresentam significados diferentes e são difíceis de definir, devido à sua subjetividade, cultura, nível social e à personalidade do indivíduo (Anes, 2005; Guimarães, 2000; Joyce, 1994; Ribeiro, 1998).

O termo bem-estar relaciona-se com o estado psicológico ou emocional (Ferreira, 1990b), podendo-se ter um elevado ou baixo bem-estar tanto na saúde como na doença (Downie, Tannahill & Tannahill, 1996). Por outro lado, o ES relaciona-se com o estado funcional de saúde (Nunes et al., 1999), é uma descrição de saúde num determinado momento do tempo (Ferreira, 1998) e é um indicador da saúde e do desempenho do sistema de saúde (Direção Geral da Saúde, 2012e).

Outro conceito, também bastante associado à QV, é o da satisfação com a vida, que tem sido amplamente utilizado na avaliação da QV, como o seu indicador mais importante (Ferrans & Powers, 1985; Ferrans, 1990; Zhan, 1992). O nível de satisfação de vida de alguém, tendo em conta as experiências de vida, a história pessoal, a situação social, a cultura, o ambiente e a idade, vai influenciar a percepção de uma pessoa sobre o seu significado de QV (Oleson, 1990).

A felicidade distingue-se de satisfação com a vida, sendo um estado real transitório que reflete como alguém se sente, sendo a satisfação com a vida uma comparação entre a ambição dos factos e as circunstâncias e o que realmente se obtém (Zhan, 1992).

Por vezes, o conceito de QV aparece também associado à condição económica, à aquisição de determinados bens. No entanto, apesar dos indicadores económicos interferirem na QV, outras interpretações diferentes sobre a QV evidenciam outro tipo de valores importantes na vivência qualitativa humana, tais como a aspiração em viver mais e melhor, sendo a saúde uma dimensão primordial para o seu desenvolvimento (Mota, 2000).

Dentro desta multiplicidade de termos de QV, existem pontos em comum que são o facto de ser um conceito subjetivo (representa as respostas de cada indivíduo aos efeitos que a doença produz na vida diária, a nível físico, mental e social, influenciando em que medida se pode obter satisfação pessoal com as circunstâncias da vida, dependendo dos objetivos traçados e dos anseios de cada um), dinâmico (dependente do contexto em que está inserido), dicotómico (reflete aspetos positivos e negativos da vida) e multidimensional (englobando todos os aspetos da vida de um indivíduo) (Bayés, 1991; Bowling, 2001; Fleck et al., 1999; Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003; Morris, Suissa, Sherwood, Wright & Greer, 1986; Oliveira, 2007; Ribeiro, 2000; Seidl & Zannon, 2004).

A QVRS surge como um subconjunto dos domínios da QV, um conceito mais específico, (Birren & Dieckman, 1991; Gil, 1998; Jette, 1995) que difere do conceito de QV na sua globalidade, uma vez que não inclui a adequabilidade da habitação, rendimento e meio envolvente (Bowling, 2001; Greenfield & Nelson, 1992; Pinto & Ribeiro, 2006).

A QVRS avalia todos os aspetos da vida tais como fatores pessoais, sociais, culturais, económicos e ambientais que influenciam o ES dos indivíduos e este, por sua vez, influência a QV. Esta é assim afetada não só pelos benefícios, pelas possíveis reações clínicas adversas e pelos custos/benefícios da terapêutica, mas também pelas vivências do indivíduo, pelas condições do presente e pelas expectativas do futuro (Bowling, 2001; Ferreira, 1998; OMS, 2008; Spilker, 1990; Ware, Kosinski & Gandek, 2005).

Os fatores pessoais associados à QV podem ser distribuídos por dois grupos: biológicos (bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida) e não biológicos (expectativas, autoestima, competências, motivação, adesão ao tratamento, estatuto socioeconómico, disponibilidade dos cuidados de saúde, suporte social, crenças culturais individuais e comportamentos de saúde) que podem intervir na reabilitação do doente. Para além dos fatores pessoais, existem ainda os fatores sociais, os económicos, os ambientais, os culturais, os de bem-estar espiritual e os de religiosidade (Bowling, 2001).

Segundo Wilson e Cleary (1995), o indivíduo avalia a sua QV tendo em conta um modelo composto por cinco níveis, por ordem crescente de complexidade: os fatores fisiológicos e biológicos (diagnóstico), a avaliação dos sintomas (influenciada por fatores culturais e demográficos e percebe o organismo como um todo), o funcionamento, as percepções da saúde em geral (influenciadas pelo funcionamento, características individuais e pelo meio em que se insere) e a QV global (influenciada pelas características anteriores e por aspetos não médicos). Todos estes níveis, de forma transversal, são influenciados pelos valores, aspetos psicológicos, fatores ambientais, suporte social e aspetos económicos.

No entanto, Leventhal e Colman (1997) referem que a avaliação da QV pelo indivíduo é efetuada pela representação que ele faz da sua própria doença e pela avaliação do seu desempenho. Esta representação, afetiva e cognitiva, vai atuar como inibidor ou motivador do pensamento e da sua ação.

Embora não se verifique consenso, entre uma definição precisa e única de QVRS, a sua noção representa um conjunto de vivências do indivíduo e focaliza, cada vez mais, não só a avaliação dos resultados objetivos obtidos nos tratamentos clínicos, mas também, e cada vez mais, a avaliação subjetiva que reflete o impacto que a doença e o tratamento apresentam nas diversas dimensões do indivíduo (Anes & Ferreira, 2009; Bowling, 1999; Bullinger, Anderson & Cella, 1996; Kaplan & Ernst, 1983; Santos, 2007).

As medidas tradicionais e unidireccionais do ES baseadas no modelo biomédico e em indicadores que retratavam fundamentalmente a morte, a doença e a incapacidade (de percepção fácil para os prestadores de cuidados de saúde sobre o ES da população), deram lugar às medidas multidimensionais, que avaliam mais as consequências da doença do que da doença em si mesmo, e que se direccionam, simultaneamente, para os aspetos físicos, mentais e sociais (Gil, 1998; Greenfield & Nelson 1992; McDowell & Newell, 1996).

Os indicadores subjetivos avaliam diretamente a experiência de vida, enquanto os indicadores objetivos medem recursos ou estados que influenciam a QV (Ferrans & Powers, 1985). Deste modo, uma definição meramente quantitativa mostra-se deficiente, pois oculta aspetos significativos relativos às percepções, julgamentos e valores que cada um dos indivíduos possui em relação à sua QV, durante os seus tratamentos e na comparação de tratamentos (McDowell, 2006). Advém assim, a necessidade de medidas de avaliação, baseadas na autopercepção, que podem ser específicas ou genéricas.

Atualmente existem questionários específicos para avaliar a QV, que analisam em pormenor o impacto de determinada doença. Estes são delineados para medir populações com uma doença específica (Bowling, 2001; Gil, 1998; Guyatt, David & Donald, 1993; McColl, Christiasen, Konig-Zahn, 1997; McDowell, 2006; Neves, 2000; Patrick & Erikson, 1993). Este tipo de instrumentos possui sensibilidade clínica e à mudança, mas apresentam como desvantagens a impossibilidade de comparar diferentes situações clínicas e o facto de estarem limitados em termos de populações e intervenções (Gil, 1998; Guyatt et al., 1993).

Em oposição aos instrumentos específicos da QV, existem os instrumentos genéricos que medem os aspetos gerais da QV, e sendo medidas que contêm multidimensões num só instrumento, podem ser aplicados a várias doenças, permitem detetar os diferentes efeitos e diferentes estados de saúde, representam num único número o impacto na quantidade e QV, permitem as análises custo-utilidade e podem ser completados pelas escalas específicas de doenças (Bullinger, 1996; Gil, 1998; Guyatt et al., 1993; Patrick & Erikson, 1993). Como desvantagens, os instrumentos genéricos podem ser insensíveis para detetar alterações no ES, após uma intervenção dos cuidados de saúde, e podem ter domínios não aplicáveis a certas doenças (Hutchinson et al., n.d.; Fletcher et al., 1992; Neves, 2000). A crítica a estas medidas subjetivas, específicas ou genéricas, reside no facto de se conseguir medir quantitativamente um conceito subjetivo. Na realidade, existem estudos onde as avaliações objetiva e subjetiva nem sempre têm resultados semelhantes, pois existem percepções diferentes entre os profissionais de saúde e a percepção ou reflexão dos doentes sobre o seu ES (Anes, 2005; Meers et al., 1996). Estas diferentes percepções surgem e os profissionais de saúde ficam, muitas vezes, admirados com o baixo ou o alto valor que alguns doentes dão a alguns aspetos da sua QV e que estão em desacordo com o ponto de vista destes profissionais, que ainda têm o modelo biomédico bastante presente.

Esta necessidade de mudança dos indicadores resulta do facto de alguns indicadores tradicionais, que avaliam objetivamente a doença serem considerados insuficientes para refletir o ES. Isto porque não evidenciam a percepção do indivíduo como doente e como este é visto, ou seja, não evidenciam as várias perspetivas de saúde, nomeadamente a dos profissionais de saúde (*disease* - olham para as doenças como problema biológico de saúde, os quais podem ser medidos ou descritos de forma a que lhe seja atribuído um diagnóstico), a visão do doente (*ilness* - como é que ele se sente como doente) e a perspetiva social (*sickness* - a forma como a sociedade vê o comportamento do doente) (Ferreira, 1997). Deste modo, torna-se difícil definir a saúde, uma vez que podem existir tantas definições de saúde como quantos os indivíduos existentes.

Ao longo dos anos, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados desejados, tanto da prática clínica como das políticas na área da promoção da saúde e da prevenção da doença. Cada vez mais, o ES é referido à QV e esta, por sua vez, é cada vez mais, na sua operacionalidade em estudos, relacionada com a saúde, surgindo deste modo uma nova sociedade específica nesta área (International Society for Health-Related Quality of Life Research) (McGee & Bradley, 1994).

Embora o conhecimento das apreciações dos doentes, das suas experiências de doença e tratamento, ainda não sejam avaliadas no dia a dia, quer em termos de investigação quer em termos de prática clínica (Ware, 1992), a ideia de que a perspetiva do doente é tão válida quanto a do profissional de saúde (quando se trata da avaliação de resultados) tem uma grande legitimidade e certamente não deve ser abandonada (Leplège & Hunt, 1997).

O reconhecimento da importância da percepção dos doentes, em termos do seu bem-estar e de QV, conduz à noção de que não só é relevante aliviar os sintomas, manter o seu estado funcional, a cura e

a sobrevivência, mas, sobretudo, é essencial saber qual o impacto ou quais os ganhos obtidos nas dimensões que constituem a QV do doente (Janbon, 1998; Ribeiro, 2000).

O Sistema Nacional de Saúde tem por objetivo melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos, obtendo ganhos em saúde ou redução do mal-estar. O que significa, por um lado a capacidade do indivíduo conseguir executar normalmente as suas atividades habituais, e por outro aumentar a sua QV ou ter algum bem-estar no seu dia a dia, apesar das limitações sentidas (Direção Geral da Saúde, 2012d). O objetivo dos cuidados de saúde é dar, não só mais anos à vida, mas também mais vida aos anos (OMS, 1985).

Com a importância dada às perceções e sentimentos dos doentes, nas decisões dos cuidados de saúde, e a valorização da prestação de cuidados centrada no indivíduo, maior será a responsabilização por parte destes na gestão da sua doença, a consciência da importância de uma participação mais ativa, a motivação para comportamentos saudáveis e consequentemente a melhoria da sua QV. Tudo isto conquistado através de ações pró-ativas dos profissionais de saúde na educação para a saúde, prevenção da doença e promoção da saúde (Barbosa, 1987; Ribeiro, 2000).

A carta de Ottawa para a promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1997) menciona que uma boa saúde é um dos melhores fatores para o desenvolvimento social, económico e pessoal, e uma medida importante da QV. Portanto, a saúde pode depender da qualidade do meio envolvente, dos hábitos e do estilo de vida. Os indivíduos devem pensar sobre como alcançar uma expectativa média de saúde, em vez de um valor médio de expectativa de vida. O homem ao invés de se preocupar em viver muito, deveria preocupar-se em “viver bem”, pois apenas o “viver bem” é que depende dele (Ferreira, 2000).

Com a adoção de uma visão holística do doente, a avaliação da QV como complemento dos indicadores clínicos e como uma medida de resultado tem-se tornado cada vez mais relevante, uma vez que o desenvolvimento do mercado de saúde se dá no sentido do aumento da sua competitividade e as necessidades e preferências dos clientes são pertinentes na distribuição de recursos escassos (Albrecht, 1994; Gil, 1998; Jenkinson, Bardsley & Lawrence, 1994; McDowel & Newell, 1996).

É através da avaliação da QV, que é possível identificar as necessidades de saúde de uma população, aumentar o grau de evidência nos processos de decisão, constituir modelos e boas práticas, apoiar o investimento em certas áreas e desinvestimento noutras, consolidar e aprofundar permanentemente os ganhos em saúde, racionalizar os recursos, obter eficácia na prática clínica e eficiência nos resultados, contribuir para uma decisão terapêutica mais assertiva, melhorar a qualidade da prestação de cuidados e a satisfação dos doentes e dos profissionais dependendo das suas expectativas (Bowling, 2001; Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde, 2012; Direção Geral da Saúde, 2012a; 2012c; 2012d; Ware, 1991).

Segundo Escoval (2011), perante o cenário atual da doença crónica, a Direção Geral de Saúde criou a Estratégia Nacional de Gestão Integrada da Doença e defende que a existência de uma equipa pró-ativa de cuidados de saúde, a continuidade dos cuidados, o apoio de Enfermagem, um envolvimento ativo da população com a sua doença crónica através da educação do doente para a autogestão e

responsabilização da doença, o desenvolvimento de intervenções baseadas em *guidelines* clínicas e a monitorização de indicadores de resultados, são os ingredientes essenciais para a modificação de comportamentos dos prestadores e dos doentes crónicos, para o aumento da satisfação destes, para o aumento da adesão terapêutica, para a melhoria na qualidade do processo de cuidados e para a melhoria dos resultados em saúde.

O contexto em que se vive de persistente evolução do conhecimento e da tecnologia, de constante mudança das necessidades em saúde (devido ao envelhecimento e ao aumento da prevalência das doenças crónicas, associada a fatores de risco), de grande influência da economia internacional, de progressivas contenções orçamentais, de escassos recursos em saúde e da necessidade imperiosa de avaliar a eficácia e a efetividade das intervenções clínicas, tem aumentado o interesse do desenvolvimento de medidas de QVRS, de medidas do ES e de medidas de resultados em saúde em avaliações clínicas (Ferreira, 2007; McDowell & Newell, 1996; Seidl & Zannon, 2004).

Na avaliação da saúde torna-se assim imprescindível diferenciar os conceitos de avaliação do ES e avaliação dos resultados.

Enquanto a medição do ES nos permite descrever e quantificar o ES de um indivíduo num determinado momento e numa determinada situação (Gil, 1998), a medição do resultado de saúde está ligada não só às alterações verificadas no ES, consequentes das intervenções clínicas inerentes ao tratamento das doenças (o que pressupõem uma relação causa-efeito), mas também às alterações provocadas pelos fatores irreversíveis da doença, pelos fatores que podem variar o ES e pelos fatores externos aos cuidados de saúde, que causam impacto no ES, na perspetiva do doente, ou seja, na perceção da sua QV (Fallowfield, 1993; Ferreira, 1996; Ferreira, Heyrman & van Hoeck, 1997; Greenfield & Nelson, 1992; Melo, 1998; OMS, 2008).

Para haver resultados em saúde (o final de um processo de causa efeito) é preciso que haja a apresentação de um problema de saúde, uma estrutura que englobe os recursos físicos e humanos disponíveis, um processo de cuidados com os objetivos traçados para a sua resolução e um resultado de saúde, que é alcançado pelas intervenções clínicas efetuadas pelos profissionais de saúde durante o processo do cuidado (Ferreira, 1996).

A medição de resultados de saúde segue três objetivos principais: acompanhar as alterações ocorridas no ES dos doentes ao longo do tempo; avaliar a gestão de cuidados; e comparar a gestão do ES de doentes sujeitos a distintos tratamentos e investigar esses resultados, no sentido de os otimizar (Anes, 2005; Ferreira et al., 1997; McDowell & Newell, 1996).

Algumas das finalidades da medição de resultados são a análise da efetividade e da qualidade das intervenções clínicas efetuadas aos doentes, num determinado período do tempo, através de estudos transversais, ou comparar as relações custo/benefício de tratamentos, através de estudos longitudinais (Ferreira, 1996; Gil, 1998; McColl, Christiasen & Konig-Zahn, 1997). Estas finalidades variam de acordo com o interesse dos diversos agentes. Assim, o doente e o prestador de cuidados estão interessados em monitorizar os resultados, para avaliar o tratamento ou a prática clínica e otimiza-lo/a, existindo também o benefício na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o

doente. A instituição está interessada em comparar a prestação dos cuidados, através de análises custo/resultados e em proporcionar condições para conseguir ganhos em saúde. Os políticos pretendem monitorizar a efetividade dos cuidados de saúde, avaliar o impacto das intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, de tratamento e de reabilitação, de modo a obter ganhos em saúde na população em vez de ganhos de saúde individuais (Gil, 1998; Long, 1997).

Os melhores resultados do sistema de saúde são o bem-estar dos indivíduos e a sua QV (que só é aferível com a autoavaliação), indivíduos saudáveis com um bom estado funcional e satisfeitos com a sua saúde, influenciando assim a sua integração na sociedade (Ferreira, 2007).

Portanto, em síntese pode-se dizer que no contexto atual a saúde é, mais do que a ausência da doença, um bem-estar geral mesmo perante as limitações da vida. Por esse motivo, embora a avaliação dos cuidados de saúde seja, habitualmente, baseada em critérios objetivos, a autoavaliação da QV e do bem-estar do doente está crescentemente a ser reconhecida como um importante componente desta avaliação, que deverá ser diariamente mensurada com medidas genéricas ou específicas escolhidas pelos profissionais de saúde, de modo a corrigir falhas nas suas intervenções. A inclusão da QV é suportada pela existência de resultados e, é já considerada em qualquer avaliação da eficácia do tratamento (Bowling, 2001; Dracup, Walden, Stevenson & Brecht, 1992; Ferreira, 1996; Gil, 1998; Nanda & Andresen, 1998; Ware, 1992).

Deste modo, no próximo subcapítulo aborda-se como é que a IC afeta a QV.

1.1.2 Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca

O presente subcapítulo define de forma geral a IC, salienta alguma terminologia usada, aborda a epidemiologia, a etiologia, os sinais e sintomas e o tratamento da IC e, por último, descreve como é que a IC afeta a QV deste doente.

O subcapítulo da IC desenvolveu-se conforme se demonstra na Figura 3.

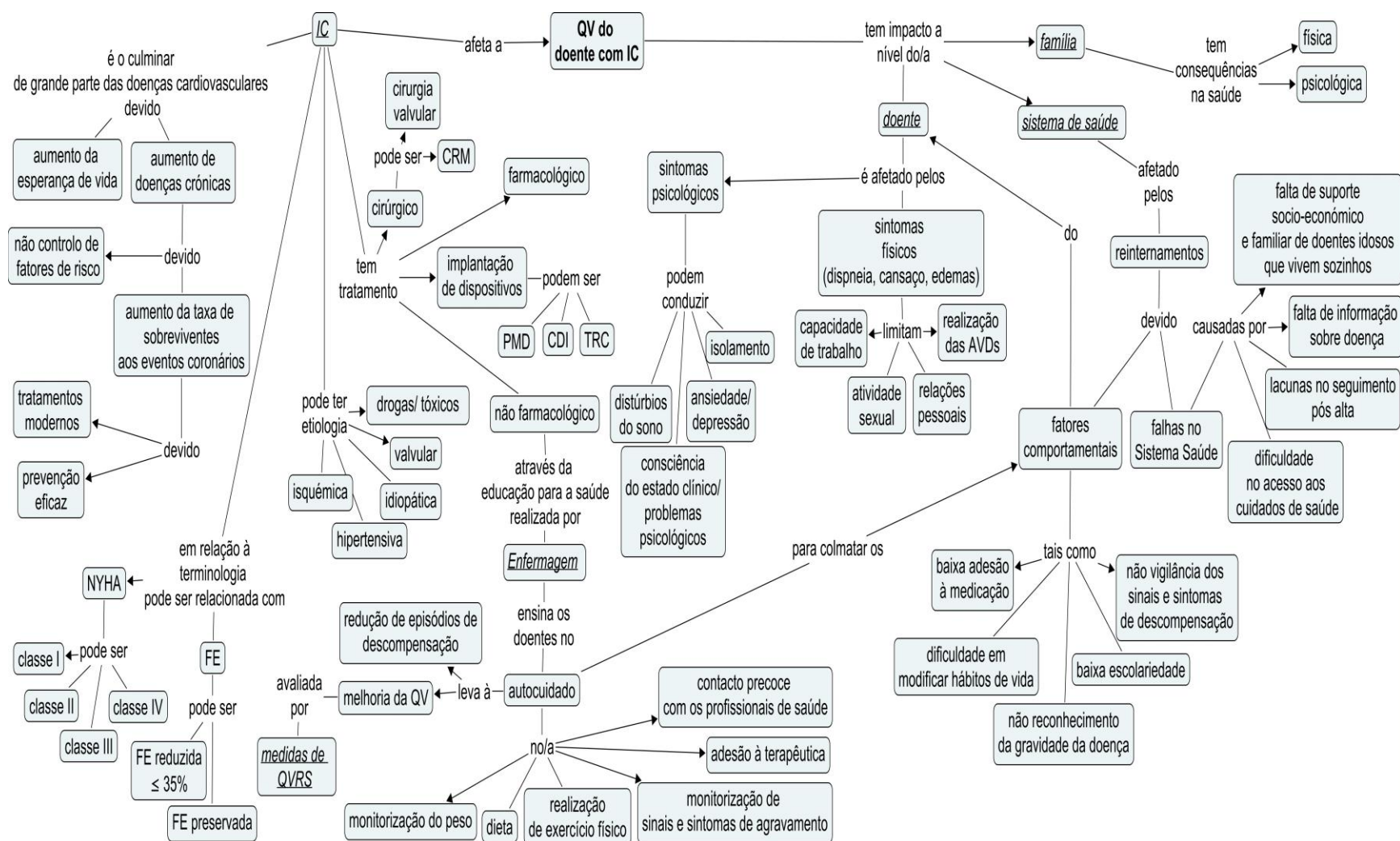


Figura 3. Esquema ilustrativo sobre a temática da qualidade de vida do doente com insuficiência cardíaca.

Legenda: AVDs – Atividades de Vida Diária; CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável; CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; FE – Fração de Ejeção; IC – Insuficiência Cardíaca; NYHA - New York Heart Association; PMD – Pacemaker Definitivo; QV – Qualidade de Vida; QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; TRC - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca.

A IC é o culminar de grande parte das doenças cardiovasculares devido, não só ao aumento da esperança de vida da população (fruto da melhoria das condições de vida da sociedade), mas também ao aumento da prevalência das doenças crónicas associada ao não controlo adequado dos fatores de risco cardiovasculares, à maior taxa de sobrevivência de doentes com eventos coronários prévios e ao êxito em retardá-los graças aos tratamentos modernos disponíveis e à sua prevenção eficaz. Este aumento de doentes sobreviventes leva, consequentemente, ao desenvolvimento futuro de novos casos de IC.

A IC, segundo a European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (2012), pode ser definida como uma anomalia cardíaca de estrutura ou de função, levando à incapacidade do coração para fornecer oxigénio numa taxa proporcional às exigências dos tecidos metabolizantes.

Existe uma diversidade de definições utilizadas para descrever a IC. Estas podem estar relacionadas com a fração de ejeção (FE) do ventrículo esquerdo (VE), com a duração da IC ou com a severidade dos sintomas desta (ESC Guidelines, 2012).

Em relação à definição relacionada com a FE do VE, consideram-se: a IC com FE reduzida ou IC sistólica, que é aplicada aos doentes com sinais e sintomas típicos da IC e com $FE \leq 35\%$; a IC com FE preservada, que é dirigida aos doentes com sintomas e sinais típicos de IC, com FE normal ou levemente reduzida e com evidência de alterações cardíacas estruturais (ESC Guidelines, 2012).

Estudos revelam que os doentes com IC com FE preservada são frequentemente mais velhos, do sexo feminino, mais propensos para a hipertensão e menos para a doença coronária, do que aqueles com IC com FE reduzida (ESC Guidelines, 2012). Em relação à QV, verifica-se que esta é igualmente prejudicada em ambos os casos (Hoekstra, Lesman-Leegte, van Veldhuisen, Sanderman & Jaarsma, 2011).

Quanto às definições relacionadas com a duração da IC distinguem-se: a IC de novo, quando surge o primeiro episódio de IC; a IC aguda, que é o termo usado para descrever o início rápido dos sinais e sintomas da doença; a IC crónica, quando o doente tem IC já há algum tempo; a IC estável, quando os sinais e sintomas permanecem constantes pelo menos durante um mês (quando estes se agravam temos a IC descompensada). Estas e outras definições podem ser usadas com precisão para o mesmo doente em diferentes alturas, dependendo da fase da sua doença (ESC Guidelines, 2012).

A definição relacionada com a severidade dos sintomas da IC usa a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), apresentada na Tabela 1. Doentes em classe I da NYHA não apresentam sintomas, enquanto as classes II, III ou IV apresentam sintomas de forma leve, moderada ou grave, respetivamente.

Tabela 1 - Classificação funcional da New York Heart Association com base na gravidade dos sintomas e atividade física.

Classe I	Sem limitação na atividade física. A atividade física normal não causa dispneia, fadiga ou palpitações.
Classe II	Discreta limitação física. Confortável em repouso, mas a atividade física normal resulta em dispneia, fadiga ou palpitações.
Classe III	Limitação acentuada na atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física menor que o normal resulta em dispneia, fadiga ou palpitações.
Classe IV	Incapacidade de realizar qualquer atividade física, sem sentir desconforto. Os sintomas em repouso podem estar presentes. Se realização de qualquer atividade física é aumentado o desconforto.

Fonte: Adaptado de European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, (33), p.1794.

Segundo Juenger et al. (2002), à medida que piora a classe funcional, a QV diminui. No entanto, é importante notar que a gravidade dos sintomas (NYHA) não se relaciona com a função ventricular (ESC Guidelines, 2012), ou seja os sintomas podem alterar-se rapidamente. Por exemplo um doente estável pode subitamente ficar com dispneia em repouso com o aparecimento, por exemplo, de uma arritmia, ou, pelo contrário, um doente em edema agudo do pulmão pode melhorar rapidamente com a administração de terapêutica.

Nos países desenvolvidos, de acordo com a ESC Guidelines (2012), cerca de 1 a 2% da população tem IC e a prevalência aumenta com a idade atingindo valores $\geq 10\%$ em indivíduos com mais de 70 anos.

Outros dados epidemiológicos demonstraram que, na Europa, a prevalência global de IC aumentou; em alguns países, a mortalidade ajustada à idade diminuiu; a IC foi responsável por 5% dos internamentos hospitalares agudos, esteve presente em 10% dos doentes hospitalizados e representou cerca de 2% da despesa com a saúde (essencialmente devido ao custo dos internamentos hospitalares). O prognóstico geral não é favorável, embora alguns doentes consigam sobreviver durante muitos anos; em termos gerais, a taxa de mortalidade atinge os 50% aos quatro anos e 40% dos doentes internados com IC acaba por morrer ou é sujeito a novo internamento no prazo de um ano (ESC Guidelines, 2008).

Em Portugal, segundo Leal (2011), a IC afeta cerca de 261 mil pessoas, sendo por isso um problema de saúde pública. No estudo EPICA (Epidemiologia da IC e Aprendizagem), um dos primeiros estudos epidemiológicos realizados na Europa sobre a IC crónica, dos 5434 indivíduos estudados, verifica-se, em Portugal Continental, que a IC aumenta com a idade, com uma prevalência de 1,36% nos indivíduos com idades compreendidas entre 25-49 anos e 2,93% entre os 50-59 anos, a contrastar com uma prevalência de 7,63% entre os 60-69 anos, 12,67% entre os 70-79 anos e 16,14% no grupo com mais de 80 anos. Esta prevalência foi maior comparando com outros estudos europeus e aumenta acentuadamente com a idade (Ceia et al., 2002).

Existem muitas causas de IC e estas variam nas diferentes partes do mundo. Segundo ESC Guidelines (2012), na Europa, pelo menos metade dos doentes com IC tem uma FE reduzida e a doença coronária é a principal etiologia. A doença cardiovascular continua a ser a principal causa de morte prematura em todo o mundo e, por isso, estratégias de prevenção e educação da população

são recomendadas para os indivíduos de alto risco (Joint ESC Guidelines, 2012; Silver et al., 2004). Sendo a IC considerada a forma final de todas as doenças cardíológicas, existem estimativas de que a IC poderá ser, em 2025, a primeira causa de morte no mundo (Corrêa, Santos, Rocha, Tura & Albuquerque, 2009).

Em Portugal, de acordo com a Base de Dados Portugal Contemporânea (PORDATA) (2011), o índice de envelhecimento em 2011 foi de 128,6% em comparação com o de 2001, que foi 102,2%. O aumento da esperança média de vida e o progresso no tratamento das doenças cardiovasculares, que leva ao aumento da sobrevivência, contribuem para o aumento do número de pessoas suscetíveis a desenvolver IC (Silver et al., 2004). Também em Portugal as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e, também, das mais importantes causas de internamento hospitalar, incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos (Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006) e, segundo Schweikert et al. (2009), de diminuição significativa na QVRS. O tabagismo, a dislipidemia, a diabetes, o abuso de álcool, a obesidade, o sedentarismo e o *stress* excessivo, são fatores de risco relevantes na etiologia de muitas doenças cardiovasculares. Perante este cenário, a Direção Geral de Saúde elaborou o plano nacional prioritário de prevenção das doenças cardiovasculares, que tem como objetivo a redução da incidência do enfarte agudo do miocárdio, particularmente abaixo dos 65 anos. Este plano visa reduzir os riscos cardiovasculares através de uma abordagem integrada, que procura enfatizar quer a educação para a saúde como a educação terapêutica, para que os indivíduos sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado, ou o seu processo de doença de forma mais autónoma (Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006).

Para além da doença coronária, existem outras causas de IC, que incluem a hipertensão arterial, a diabetes, a infeção viral prévia (reconhecida ou não), o abuso de álcool, quimioterapia e cardiomiopatia dilatada idiopática (embora a etiologia seja supostamente desconhecida, alguns casos podem ter uma base genética) (ESC Guidelines, 2012).

O diagnóstico da IC pode ser difícil, especialmente na fase precoce, porque não existem sintomas evidentes para a IC, ou porque outros sintomas não específicos podem confundir-se com outras patologias. Os sinais e sintomas típicos da IC são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Sintomas e sinais típicos da Insuficiência Cardíaca.

Sintomas	Sinais
Típicos	Mais específicos
Dispneia	Turgescência venosa jugular
Ortopneia	Refluxo hepatojugular
Dispneia paroxística noturna	Terceiro som cardíaco (ritmo de galope)
Tolerância reduzida ao exercício	Impulso apical deslocado lateralmente
Cansaço, fadiga, dispneia de esforço	Sopro cardíaco
Edema dos tornozelos	
Menos típicos	Menos específicos
Tosse noturna	Edema periférico (tornozelo, saco escrotal)
Sibilos	Crepitações pulmonares
Aumento de peso (> 2Kg/semana)	Diminuição dos sons e percussão maciça nas bases pulmonares (derrame pleural)
Perda de peso (em fase avançada da IC)	Taquicardia
Sensação de edemaciado	Pulso irregular
Perda de apetite	Taquipneia (> 16 ciclos respiratórios/minuto)
Confusão (especialmente nos idosos)	Hepatomegalia
Depressão	Ascite
Palpitações	Caquexia
Sincope	

Fonte: Adaptado de European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, (33), p.1795.

Os sinais e sintomas da IC são a chave para a detecção precoce, uma vez que são eles que levam o doente a procurar os cuidados de saúde. Os principais sintomas nos doentes com IC que limitam as atividades de vida diária e levam à intolerância do exercício são a dispneia, o cansaço e a fadiga (Dracup et al., 1992). A depressão é comum nos doentes com IC, mas o impacto dos sintomas depressivos no seu ES, ao longo do tempo, são também um forte preditor de agravamento dos sintomas de IC, função física e social e na QV, sendo por isso importante a sua detecção precoce (Rumsfeld et al., 2003).

O desenvolvimento de sintomas e o agravamento destes, ao longo do tempo, conduz à diminuição da QV, ao declínio da capacidade funcional e a episódios de descompensação que conduzem à admissão hospitalar (muitas vezes recorrente e dispendiosa para os serviços de saúde) e à morte prematura. Deste modo, o indício de agravamento dos sinais e sintomas detetado pelo doente é motivo para este procurar o atendimento imediato dos profissionais de saúde. A melhoria dos sintomas, a redução da morbilidade (incluindo as admissões hospitalares) e a mortalidade são assim, os objetivos principais do tratamento da IC. A melhoria da QV e da capacidade funcional são aspetos extremamente importantes a ter em conta, mas difíceis de medir (ESC Guidelines, 2012).

Dados anteriores a 1990 referiam que 60 a 70% dos doentes com IC morriam em cinco anos após o diagnóstico, com frequentes e recorrentes internamentos por agravamento dos sintomas, levando a uma epidemia de hospitalização por IC nos países ocidentalizados. O tratamento eficaz e atualizado da IC melhorou estes resultados, com uma redução relativa na hospitalização nos últimos anos de 30 a 50% e uma redução menor mas significativa na mortalidade (ESC Guidelines, 2012).

A base do tratamento farmacológico nos doentes com IC são os inibidores do eixo renina-angiotensina-aldosterona e os betabloqueadores associados ou não à terapêutica diurética (ESC Guidelines, 2012).

O tratamento, para além de farmacológico, pode implicar a implantação do cardioversor desfibrilhador implantável (CDI) e do CRT (terapêutica de ressincronização cardíaca).

Cerca de metade das mortes em doentes com IC, especialmente aqueles com sintomas menos severos, ocorrem associadas a arritmias ventriculares. Desse modo, um objetivo importante no tratamento da IC é a prevenção da morte súbita, onde os CDI têm um papel importante (ESC Guidelines, 2012). Segundo Leal et al. (2010a) a implantação do CDI está relacionada não só com a redução da morte súbita, mas também com o benefício mantido ao longo do tempo na dimensão social e na perceção pessoal da QV associada à esperança. Também verificaram um benefício transitório (nos 3 meses após a colocação do CDI mas não mantido aos 6 meses) na condição física (atividades de vida diária e funcionalidade) e na perceção global da QV. No entanto, não foi verificada influência da implantação do CDI nos sintomas nem no conhecimento da sua condição clínica.

Também existem estudos que mostraram que uma terapêutica farmacológica eficaz e a terapia com CRT reduzem o risco de morte, o número de internamentos hospitalares por descompensação da doença, melhoram os sintomas, a QV, a capacidade do exercício e a função ventricular (ESC Guidelines, 2012; Leal et al., 2011; Vaishnava & Lewis, 2007).

As bradicardias e bloqueios auriculoventriculares, em doentes com IC, podem conduzir a um agravamento da morbilidade e mortalidade, estando assim indicados os pacemakers definitivos (PMD) em casos particulares (se não existir indicação para CDI, CRT) (ESC Guidelines, 2012), existindo uma melhoria considerável da QV destes doentes, principalmente com a redução significativa dos sintomas (Zata, 2010).

Outros tipos de abordagens terapêuticas, para além das mencionadas, incluem a revascularização miocárdica (CRM), a cirurgia valvular e o transplante cardíaco, com um impacto positivo na sintomatologia, na sobrevivência, na taxa de hospitalização por doença cardíaca, na mortalidade de causa cardíaca e na QV (ESC Guidelines, 2012).

Deste modo, a procura da QV tem vindo a assumir um papel importante dentro da área da saúde e é uma das metas dentro da cardiologia preventiva e terapêutica (Winkelmann & Manfro, 2008).

Esta doença crónica tem tido, não só um impacto considerável a nível económico relacionado com o seu tratamento, mas também um importante compromisso a nível de todos os aspetos da QVRS do doente, dada a sua incapacidade na execução das atividades diárias e profissionais. A IC é considerada tão maligna, como muitos tipos comuns de cancro, em termos de perda de anos de vida esperada (Stewart, MacIntyre, Buraco, Capewell & McMurray, 2001). Este impacto da IC traz implicações para a família, para os próprios doentes e para o sistema de saúde.

Em relação ao impacto da IC na família do doente, há autores que referem que viver com IC pode ser assustador, porque cuidar de uma pessoa com esta doença tem, muitas vezes, consequências consideráveis na saúde física e psicológica dos cuidadores. Por isso, os serviços de apoio psicológico

e de reabilitação, prestados no momento do diagnóstico e após um episódio agudo, permitem às famílias gerir melhor esta síndrome (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007).

Relativamente ao impacto da IC nos doentes, apesar dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos terem um impacto positivo na QV da IC, a dimensão principalmente afetada parece ser a mobilidade e o desempenho das suas atividades de vida diárias (Calvert, Freemantle & Cleland, 2005; Leidy, Rentz & Zyczynski, 1999), que podem ou não ser acompanhadas pelo aumento de bem-estar (Leidy et al., 1999). Segundo Riedinger et al. (2001) na avaliação das diferenças do género em termos de QV, as piores classificações de QV são verificadas no sexo feminino, nas dimensões das atividades de vida diária e na limitação social.

Existem investigações que confirmam que, apesar do facto de existir diminuição da função cognitiva e psicomotora nos idosos com IC grave (que levam a uma redução das suas atividades habituais), estes défices cognitivos não estão relacionados com a gravidade da doença nem com a diminuição da QV (Pressler et al., 2010), bem como não existe relação entre os idosos com dificuldade em realizar as suas atividades de vida diária e a incidência de IC (Bowling et al., 2012).

Por outro lado, segundo Pelegrino (2008) existe uma relação entre o impacto da IC e a QVRS, ou seja, quanto menor o impacto da IC na vida dos doentes, melhor é a QVRS; por outro lado, quanto maior o impacto da IC na vida do doente, pior é a avaliação do ES geral. A QVRS deteriora assim, com a progressão da classe funcional e da FE.

Assim, o impacto da IC na QV é comprovado em alguns estudos efetuados em idosos com IC como uma diminuição da QV, sendo esta relação verificada com maior prevalência em doentes do sexo feminino (embora, segundo Leal et al. (2010b), o género por si só não determina a QV do doente com IC), em doentes em classe NYHA III ou IV, que mostram evidência de depressão, com baixo nível socioeconómico, com duas ou mais comorbidades e nos idosos mais velhos (Gott et al., 2006). Fatores como a IC com classe NYHA grave, o baixo *status* socioeconómico e a falta de apoio social levam, por um lado, à diminuição da QV em doentes com IC crónica e, por outro, a um aumento do risco de internamentos e de morte (Iqbal, Francis, Reid, Murray & Denvir, 2010).

Perante a existência deste impacto da IC na QV, segundo Pattenden et al. (2007) os doentes apresentam dificuldades em se adaptarem à limitação funcional da doença. É de realçar que estas dificuldades surgem principalmente nos doentes com menor recursos socioeconómicos, nos grupos étnicos com diferentes crenças sobre a doença ou o tratamento e com dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde.

É conhecido que os doentes com IC enfrentam uma variedade de sintomas, não só físicos (dispneia, fadiga, dor, edema e perda de apetite), mas também sintomas psicológicos (ansiedade e depressão), os quais podem afetar negativamente a QV. O impacto da doença sobre a QVRS é influenciado por vários fatores, incluindo a idade, o sexo, (sexo feminino tende a relatar mais limitações físicas e sintomas depressivos), a disfunção ventricular esquerda, a classe funcional da NYHA, a gravidade da IC, o risco de mortalidade e a saúde mental (Clark, Welner & Murray, 2003; Littik, Lesman-Leegte & Jaarsma, 2009; Pelegrino, Dantas & Clark, 2011; Zambroski, Morse, Bhat & Ziegler, 2005).

Os doentes mencionam a importância dos sintomas físicos, na sua adaptação à doença; no entanto, também identificam problemas relacionados com os efeitos secundários dos medicamentos, as comorbidades, a falta de apoio psicossocial e de reabilitação (Pattenden et al., 2007), preocupações com a família, obstáculos na alteração da sua vida, dificuldades em adaptar-se às limitações e incertezas sobre o seu prognóstico, ou seja, relatam também aspetos psicossociais que são importantes dimensões da QV (Bosworth et al., 2004).

A QV destes doentes é afetada, não só pelos efeitos adversos do tratamento e pelos seus sintomas físicos que limitam as atividades de vida diária, as relações pessoais, a atividade sexual e a capacidade de trabalho (doentes numa crescente dependência de outras pessoas), mas também pela consciência do seu estado clínico e pelos problemas psicológicos que os podem conduzir à limitação social, ao isolamento, à depressão, a distúrbios do sono e à ansiedade (Berry & McMurray, 1999).

As limitações que a doença impõe a estes doentes, leva-os a abandonarem as suas atividades e os seus contactos sociais e familiares e, deste modo, a perder o apoio social e familiar que tinham anteriormente. Por outro lado, a exaustão dos familiares e amigos ao tentar compreender o comportamento do doente e a incapacidade para lidar com estas debilidades leva-os ao abandono do contacto com o familiar ou amigo (Murberg, Bru, Svebak, Tveteras & Aarsland, 1999).

O humor deprimido destes doentes está significativamente relacionado com uma maior intensidade de sintomas que levam a uma diminuição da QV relacionada com a doença (Bekelman et al., 2007) e ao aumento do risco de mortalidade (Murberg et al., 1999). Nalguns estudos verificou-se que o efeito do estado psicológico foi um fator proeminente, sugerindo que um alto nível de ansiedade e de depressão é extremamente prejudicial para a QVRS destes doentes. Logo, promover a saúde psicológica e funcional e ajudar estes doentes a ter uma atitude positiva para com o seu ES, reforça a sua QVRS e é considerada uma meta importante do tratamento da IC (Lee, Yu, Woo & Thompson, 2005).

Deste modo, a gestão eficaz das limitações nas atividades da vida diária que causam efeitos adversos tanto sobre a sua saúde física e mental como na sua perceção da QV, torna-se extremamente importante para o sucesso do autocuidado e para a manutenção da QVRS. Controlar os sintomas e manter um bem-estar mental, com o desenvolvimento de intervenções para melhorar o estado psicológico do doente, são elementos essenciais que podem melhorar a abordagem eficaz da IC, o estado dos sintomas físicos e a QVRS (Pelegriño et al., 2011).

Portanto, são realçadas a importância das variáveis positivas a par dos procedimentos clínicos no tratamento das pessoas com IC, uma vez que a esperança, a felicidade (predictora da QV e da funcionalidade) e o afeto relacionam-se com a QV (Leal, 2011).

A dimensão espiritual também é relevante, uma vez que é relatada com importância, na atribuição de um significado ao sofrimento causado pela doença crónica e como um recurso à esperança face às alterações ocorridas no ES. Existem evidências de que a espiritualidade é predictora de uma melhor QV (Pinto & Ribeiro, 2010).

Em relação ao impacto da IC no sistema de saúde, existem estudos que comprovam que a IC é o motivo mais frequente da admissão hospitalar de idosos. Este facto deve-se, entre outros, a fatores comportamentais, tais como a baixa adesão ao tratamento que contribui para o seu agravamento (Rico et al., 1995). Segundo a ESC Guidelines (2008), apenas 20 a 60% dos doentes com IC cumprem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que lhes são prescritos. Os dados recolhidos através do estudo EuroHeart Failure Survey revelam que uma grande percentagem de doentes interpreta mal ou não se lembra de ter recebido recomendações relativamente aos autocuidados, nomeadamente instruções sobre medicação ou dieta, entre outras (ESC Guidelines, 2012).

Segundo Berry, Murdoch e McMurray (2001) a otimização da terapêutica medicamentosa e os programas de gestão da comunidade baseados em Enfermagem podem melhorar os resultados clínicos e económicos da IC. O prognóstico e o controlo da doença estão profundamente dependentes da adesão do doente ao tratamento farmacológico e não farmacológico e, ainda, muitos internamentos poderiam ser evitados com os programas de intervenção multidisciplinar baseados em Enfermagem (consiste na educação para o autocuidado do doente e da família e um acompanhamento intensivo). Estes programas podem melhorar a QV, reduzir as recorrências hospitalares e os custos médicos (Rico et al., 1995).

A descompensação do quadro clínico da IC que leva aos reinternamentos hospitalares está relacionada, não só com as falhas do sistema de saúde que muitas vezes dificulta o acesso aos cuidados de saúde, com lacunas no seguimento destes doentes após a alta hospitalar (nomeadamente em consultas periódicas, com a falta de informação sobre a doença, a falta de suporte socioeconómico e familiar dos doentes idosos com IC que vivem sozinhos ou de doentes com IC em idade produtiva mas profissionalmente não ativos); mas também está relacionada com os fatores comportamentais do doente, tais como a baixa escolaridade, a não adesão à terapêutica, a dificuldade em modificar hábitos e estilos de vida, o não reconhecimento da gravidade da doença e da importância do tratamento farmacológico e, essencialmente, do não farmacológico, e ainda o não reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação do quadro clínico principalmente em fases precoces, altura em que ainda são tolerados pelo doente, mas se fossem reconhecidos e valorizados poderiam levar à intervenção precoce e evitar o internamento (Margoto, Cunha, Colombo, Bueno & Gallani, 2009).

A dispneia e a astenia são os sintomas mais prevalentes da IC, sendo a dificuldade em dormir o sintoma mais incómodo. Idades mais jovens, estados funcionais mais avançados, a maior prevalência de sintomas e a gravidade destes, afetam negativamente a QVRS. Perante isto, a Enfermagem deve direcionar as suas intervenções para diminuir a frequência, a gravidade e a angústia dos sintomas e, ainda, melhorar a QV (Zambroski et al., 2005).

Dado que o principal objetivo do tratamento da IC consiste em obter a estabilidade clínica dos doentes, vários são os estudos que mostram que os programas multidisciplinares de educação sistemática sobre a doença são benéficos. A equipa multidisciplinar destes programas, em clínicas de IC, é composta por vários profissionais de saúde, que possuem um papel importante no tratamento

dos doentes, mas é essencialmente a Enfermagem que desempenha um papel primordial na educação e acompanhamento destes doentes. Estes programas têm o objetivo de ensinar, reforçar e avaliar sistematicamente a capacidade dos doentes para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição de líquidos, a realização de atividade física, a adesão à terapêutica, a monitorização de sinais e sintomas de agravamento da doença e o contacto precoce com os profissionais de saúde da clínica de IC (Rabelo, Aliti, Domingues, Ruschel & Brun, 2007).

Embora o conteúdo e a estrutura dos programas de IC de gestão possam variar em diferentes países e contextos de saúde, os componentes apresentados nas Tabelas 3 e 4 abaixo são recomendados.

Tabela 3 - Características e componentes de programas de gestão para doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e preservada.

Características	Deve utilizar uma abordagem multidisciplinar (Cardiologistas, Médicos de cuidados primários, Enfermeiros, Farmacêuticos, etc.). Deve visar doentes sintomáticos de alto risco. Deve incluir pessoal competente e profissionalmente educado.
Componentes	Terapêutica de dispositivos médicos otimizada. Educação adequada do doente, com ênfase especial sobre a adesão e autocuidado. Envolvimento do doente na monitorização dos sintomas e no uso flexível de diuréticos. <i>Follow-up</i> após a alta hospitalar (clínica regular e/ ou visitas domiciliárias, suporte por telefone, possivelmente, ou monitoramento remoto). Maior acesso aos cuidados de saúde (através de acompanhamento pessoal ou por contacto telefónico, possivelmente através de monitoramento remoto). Acesso facilitado aos cuidados de saúde durante os episódios de descompensação. Avaliação (de intervenções apropriadas em resposta a) do aumento inexplicável no peso, nutrição, estado funcional, QV e alterações laboratoriais. Acesso às opções e tratamento avançados. Prestação de apoio psicossocial aos doentes e familiares e / ou cuidadores.

Fonte: Adaptado de European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, (33), p.1836.

Tabela 4 - Tópicos essenciais que devem ser abordados durante a educação do doente e as competências e autocuidados que devem ser ensinados em relação a estes temas.

Tópico educacional	Competência e autocuidado
Definição e etiologia da IC	Compreender a causa da IC e porque surgem os sintomas.
Prognóstico	Compreender os fatores prognósticos importantes e tomar decisões realistas
Monitorização de sintomas - autocuidado	Monitorizar e reconhecer os sinais e sintomas da IC. Registar diariamente o peso e reconhecer os aumentos rápidos de peso. Saber como e quando notificar o prestador de cuidados de saúde. No caso de aumento de dispneia ou edema ou aumento de peso súbito e inesperado de >2 Kg em 3 dias, os doentes podem aumentar a dose de diurético e / ou alertar a sua equipa de saúde. Usar a terapia diurética flexível, se apropriado e recomendado, após educação adequada e fornecimento de instruções mais detalhadas.
Tratamento farmacológico	Compreender indicações, dosagem e efeitos da terapêutica. Reconhecer os efeitos laterais comuns de cada medicamento prescrito.
Adesão	Compreender a importância de cumprir as recomendações de tratamento e de manter a motivação para seguir o plano de tratamento. A restrição de sódio pode ajudar a controlar os sinais e sintomas de congestão em doentes com IC sintomática, classes III e IV.
Dieta	Evitar a ingestão excessiva de líquidos: restrição de 1,5-2l/dia pode ser considerada em doentes com IC grave para aliviar os sintomas e a congestão. Restrição de líquidos hipotónicos pode melhorar a hiponatremia. Restrição de líquidos de rotina em todos os doentes com sintomas leves a moderados provavelmente não é benéfica. Restrição de líquidos baseada no peso (30 ml/Kg, 35ml/Kg se o peso corporal >85Kg) pode causar menos sede. Monitorizar e prevenir a desnutrição. Comer de forma saudável e manter um peso saudável.
Álcool	Ingestão moderada de álcool: é recomendada abstinência em doentes com cardiomiopatia induzida por álcool. Caso contrário são aplicáveis as orientações normais ao álcool (2 unidades por dia em homens ou 1 unidade por dia em mulheres). 1 unidade é de 10ml de álcool puro (por exemplo, 1 copo de vinho, ½ quartilho (250ml) de cerveja, 1 medida de bebidas brancas).
Tabagismo e drogas	Parar de fumar e/ ou consumir drogas ilícitas.
Exercício	Compreender os benefícios do exercício. Realizar atividade física regular. Ficar calmo e sentir confiança na realização de atividade física.
Viagens e lazer	Organizar atividades de lazer e viagens de acordo com a sua capacidade física. Quando viajar, levar um relatório da história clínica e do tratamento medicamentoso atual e medicação extra. Monitorizar e adaptar-se à ingestão de líquidos durante os voos e particularmente em climas quentes. Ter cuidado com as reações adversas à exposição ao sol com certos medicamentos (ex.: amiodarona).
Atividade sexual	Sentir segurança na atividade sexual e discutir os problemas com os profissionais de saúde. Doentes estáveis podem desenvolver uma atividade sexual normal.
Imunização	Receber a imunização contra a doença pneumocócica e Influenza de acordo com as diretrizes e as práticas locais.
Alterações do sono e da respiração	Reconhecer o comportamento preventivo como a redução de peso em doentes obesos, a cessação tabágica e a abstinência alcoólica. Saber mais sobre as opções de tratamento, se for o caso.
Aspetos psicossociais	Compreender que os sintomas depressivos e a disfunção cognitiva são comuns em doentes com IC e a importância do apoio social. Saber mais sobre as opções de tratamento, se for o caso.

Fonte: adaptado de European Society of Cardiology (ESC) Guidelines (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, (33), p.1837.

Investigações indicam que a eficácia da terapêutica da IC pode ser otimizada com a adoção de visitas domiciliárias, com o intuito de identificar e tratar os fatores precipitantes de possível agravamento e consequente readmissão, prolongar uma sobrevida reduzindo os episódios de descompensações e

melhorar a QV dos doentes com IC crónica (Stewart, Marley & Horowitz, 1999).

Assim, a educação para o conhecimento da doença e o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado são considerados a chave para melhorar a adesão, evitar episódios de descompensação e consequentemente manter a estabilidade clínica dos doentes (Rabelo et al., 2007).

Os programas de tratamento da IC, baseados em Enfermagem, visam não só a autovigilância do doente e família, mas também a sua máxima independência na realização das atividades de vida, promovendo o exercício regular e o autocuidado, bem como o bem-estar dos doentes e a melhoria da QV (While & Kiek, 2009).

Portanto, muitas das admissões hospitalares poderiam ser evitadas através da promoção da adesão do doente ao tratamento, com um contínuo seguimento clínico e com a educação em saúde. Assim, como membro da equipa multidisciplinar cabe ao Enfermeiro, para melhor adequar o seu ensino, identificar quais os fatores que levaram o doente a ser admitido. A primeira abordagem ao doente com IC não deverá contemplar logo todos os aspetos do complexo tratamento, até porque muitos dos doentes têm baixa adesão às orientações dadas pela equipa, uma vez que eles próprios se consideram saudáveis, até ao dia em que apresentam o primeiro episódio de descompensação da doença. Deste modo, a equipa de Enfermagem deve avaliar as necessidades individuais e orientar o processo educativo de acordo com o nível de conhecimento do doente sobre a doença, o seu nível de escolaridade e a sua função cognitiva. Quando os doentes aprendem sobre a sua doença, melhoram o seu conhecimento e, portanto, melhoram a adesão ao tratamento. No entanto, por vezes isso não acontece pois a quantidade de conhecimento que se transmite não é a mesma que os doentes retêm sobre o autocuidado e, mesmo que melhorem o conhecimento sobre a doença, isto não significa necessariamente maior adesão. Existem evidências que mostram que baixos níveis de educação têm pior condição física e funcional; por isso, as orientações do programa devem ser repetidas e reforçadas positivamente para colmatar a falta de conhecimento e a baixa adesão às recomendações do autocuidado, eliminando deste modo os fatores preditivos de readmissão (Barbareschi, Sanderman, Leegte, van Veldhuisen & Jaarsma, 2011).

Geralmente, as barreiras encontradas para um adequado autocuidado são essencialmente a falta de educação para a saúde, a falta de perceção do benefício e a baixa autoeficácia. Assim, é necessário através da instrução, ajudar a melhorar o autocuidado e a QV (Seto et al., 2011). Também foi verificado noutro estudo que o baixo nível educacional, o *stress* psicológico, a má perceção de saúde e a alta classificação NYHA foram identificados como os fatores de risco com pior QVRS, em doentes com IC (Lee et al., 2005).

O autocuidado é definido como um processo de tomada de decisão e adesão ao tratamento com o objetivo de manter a estabilidade clínica dos doentes com IC (Riegel et al., 2009). Os indivíduos com maior grau de escolaridade conseguem compreender melhor a importância do tratamento, consequentemente mantendo a doença estável (Burke, Dunbar-Jacob & Hill, 1997; Rockwell & Riegel,

2001). Quanto maior a compreensão do doente melhor a adesão ao tratamento (Riegel et al., 2009; Rockwell & Riegel, 2001).

A educação para o autocuidado deve ser diariamente integrada no cuidar dos doentes com IC, tanto a nível hospitalar como comunitário. Enquanto os doentes com IC permanecem internados no hospital, dado o impacto provocado pelo internamento e pelos sintomas de descompensação, esse momento torna-se o ideal para iniciar o processo educativo. A avaliação, o reforço da adesão, o apoio dado ao doente e família e o ênfase dado ao reconhecimento dos sinais e sintomas de agravamento são fulcrais na abordagem usada antes da alta. Os dias que se seguem à recuperação são importantes para a adaptação do doente e família e para a compreensão e valorização das medidas de manutenção da sua estabilidade clínica. Deste modo, a nível geral deve ser garantido o direito ao acesso ao serviço de saúde e ao bom atendimento e, a nível individual as ações educativas devem esclarecer o doente quanto à sua afeção, gravidade, prognóstico e necessidade de seguimento regular, bem como, a adoção de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades no tratamento (Margoto et al., 2009).

Assim, os programas de gestão da IC baseados na Enfermagem, com a colaboração dos demais profissionais da equipa multidisciplinar, desempenham um papel fundamental no acompanhamento e seguimento dos doentes. Facto comprovado pelas seguintes evidências: uma melhoria significativa da QV após o acompanhamento dos doentes com IC nos cuidados de Enfermagem (Corrêa et al., 2009); uma menor taxa de readmissão e de recorrência ao serviço de urgência dos doentes com um tratamento de Enfermagem (focalizado na transferência, dos cuidados de suporte para a autogestão do doente, do hospital para casa, em comparação com os doentes com cuidados habituais) (Harrison et al., 2002); o menor impacto de IC nos doentes com maior tempo de seguimento pelos profissionais (Pelegriño, 2008); um relacionamento forte entre os profissionais de saúde e os doentes/familiares e o apoio suficiente de uma rede social ativa que contribui para uma maior adesão ao tratamento (ESC Guidelines, 2008) e para a existência de mudanças na saúde relacionadas com a QV (Bennett et al., 2001); o grau de confiança dos doentes com IC, que seguem um regime de tratamento e que são vigilantes no seu autocuidado, está relacionado com o aumento da QVRS (Buck et al., 2012); e a melhor QV está associada à maior confiança no autocuidado dos doentes das clínicas multidisciplinares (Seto et al., 2011).

Já em 2008 a ESC Guidelines (2008) considerou que o autocuidado faz parte de um tratamento de IC bem-sucedido, que pode influenciar significativamente os sintomas, a capacidade funcional, o bem-estar, a morbilidade e o prognóstico. O autocuidado pode ser definido como o assumir de ações para preservar a estabilidade física, a abstenção de comportamentos conducentes ao agravamento da condição e a capacidade de deteção precoce de sintomas de agravamento. Uma boa adesão dos doentes ao tratamento e o seguimento destes doentes foi associada a uma redução significativa da taxa de internamento, à diminuição da morbilidade e da mortalidade e a uma melhoria do bem-estar (Granger et al., 2005). Por isso, os programas de tratamento de IC são considerados como tendo uma

boa relação custo-eficácia, pois podem ser estabelecidos com um orçamento relativamente moderado e reduzir os reinternamentos hospitalares, uma vez que o custo do internamento representa a maior fatia da despesa total.

A ESC Guidelines (2012) para além dos programas de gestão multidisciplinares propõe uma gestão holística, que inclui o exercício, a monitorização de doentes e os cuidados paliativos. O objetivo destes programas de abordagem da IC é fornecer um sistema ininterrupto de atendimento, abrangendo tanto o hospital como a comunidade, para garantir que a gestão de cada doente seja a ideal, desde o início até ao final da sua jornada de saúde. Para alcançar este objetivo, outros serviços, tais como a reabilitação cardíaca e os cuidados paliativos devem ser integrados. É fundamental, para gerir este programa de cuidados multidisciplinares, o acompanhamento estruturado com a educação do doente, a otimização do tratamento médico, o apoio psicossocial e um melhor acesso à saúde. A chave do sucesso destes programas consiste na coordenação de cuidados continuados de IC no sistema de saúde e a estreita colaboração entre os profissionais (cardiologistas, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, prestadores de cuidados primários e assistentes sociais). A IC tem uma trajetória imprevisível e muitas vezes é difícil identificar o ponto específico a considerar os cuidados paliativos. Neste ponto, o foco principal deve ser na melhoria da QV, no controle dos sintomas, na deteção e tratamento precoce de episódios de agravamento e na prossecução de uma abordagem holística no cuidado ao doente, a nível físico, psicológico, social, espiritual e de bem-estar. Concluindo, a IC é uma síndrome crónica e progressiva que provoca uma limitação funcional marcada, agravando desta forma a QV. Apesar do aumento do conhecimento fisiopatológico da doença e consequente desenvolvimento de múltiplos tratamentos para a IC, as readmissões hospitalares são frequentes, muitas vezes devido à baixa adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico. Deste modo, um dos objetivos da gestão da IC é o de conseguir a estabilidade clínica dos doentes com base num tratamento complexo de orientações que englobam fundamentais alterações no estilo de vida.

Com o envelhecimento da população a gestão da saúde relacionada com a QV torna-se cada vez mais necessária. Proeminente entre as doenças crónicas, a IC deve ser tratada como tal e as suas consequências sobre a QV devem ser consideradas, por isso o acompanhamento direto dos doentes é um nível de gestão da doença cardíaca a adotar (Berlin & Schatz, 2001).

Perante esta revisão da literatura, sobre a temática da QV do doente com IC, espera-se que esteja fundamentada a pertinência deste assunto, que permita a compreensão dos textos existentes no contexto dos conhecimentos atuais relacionados com o domínio da investigação, permitindo uma definição clara dos objetivos, das finalidades e das hipóteses do estudo.

Capítulo II

CONTRIBUTO EMPÍRICO

2. Contributo Empírico

O capítulo do contributo empírico apresenta-se dividido em três subcapítulos, que se encontram relacionados entre si. O primeiro apresenta a metodologia de acordo com Marôco (2010), o segundo apresenta os resultados e o terceiro a discussão destes. Este capítulo desenvolveu-se de acordo com a Figura 4

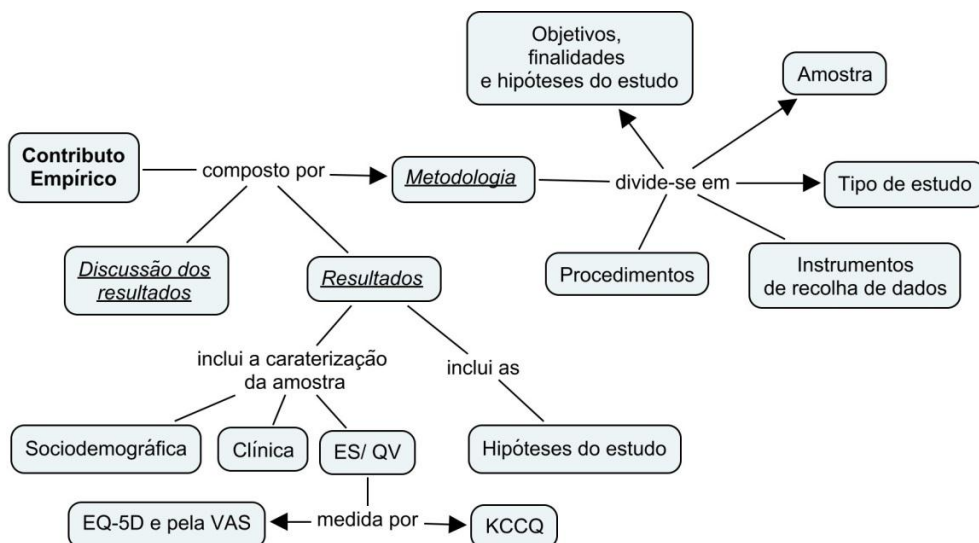


Figura 4. Esquema ilustrativo sobre o contributo empírico do estudo.

Legenda: EQ-5D - Euro Quality of Life Instrument-5D; ES – Estado de Saúde; KCCQ - Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; QV – Qualidade de Vida; VAS - Visual Analogue Scale.

2.1 Metodologia

A metodologia inclui: os objetivos, as finalidades e as hipóteses de investigação; a amostra com os seus critérios de inclusão e de exclusão e com os aspetos éticos que regeram a sua conduta; o tipo de estudo; os instrumentos seleccionados para a recolha de dados; e os procedimentos efetuados.

2.1.1 Objetivos, Finalidades e Hipóteses do Estudo

Após a realização do quadro de referência, necessário para contextualizar a temática em estudo e permitir uma perspetiva à interpretação dos resultados, torna-se essencial definir agora os objetivos, as finalidades e as hipóteses de investigação.

O estudo visa descobrir, descrever e explorar as relações entre as variáveis, como expressam os seguintes anunciados:

- objetivo geral: Descrever a QV dos doentes com IC do CHTS;
- objetivos específicos:
 - Verificar a influência dos fatores pessoais na QV dos doentes com IC do CHTS;
 - Identificar o efeito dos fatores clínicos na QV dos doentes com IC do CHTS;
 - Avaliar impacto do local de intervenção na QV dos doentes com IC do CHTS.

As finalidades do estudo são:

- Demonstrar a relevância da autoperceção da QV dos doentes com IC como complemento das medidas objetivas tradicionais;
- Mostrar o interesse em avaliar os resultados através da análise da efetividade das intervenções que contribuem para a melhoria da QV dos doentes com IC;
- Divulgar a importância de intervenções clínicas na IC que promovam a autogestão, o autocuidado e a responsabilização dos doentes pela sua doença crónica;
- Demonstrar a necessidade de programas de sensibilização para a promoção do autocuidado dos doentes com IC e consequente melhoria da QV.

Tendo em conta a revisão da literatura dos diferentes estudos e os objetivos definidos foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação, simples, de associação e não direcionais:

1. H1: A avaliação da QV dos doentes com IC do CHTS é sensível aos fatores pessoais.
2. H2: A avaliação da QV dos doentes com IC do CHTS é sensível aos fatores clínicos.
3. H3: A avaliação da QV dos doentes com IC do CHTS é sensível ao local de intervenção.

2.1.2 Amostra

A população deste estudo compreende os doentes com IC do CHTS. A amostra é constituída por 326 doentes com IC do CHTS, dos quais 226 são da CE e 100 são da CIC, em ambulatório, com nacionalidade Portuguesa, de ambos os géneros (CE=77,9% género masculino; CIC=73,0% género masculino), com idades compreendidas entre os 33 e os 93 anos (CE=idade média de 67,5 anos e desvio padrão $\pm 11,6$; CIC=idade média 59,0 anos e um desvio padrão de $\pm 12,7$).

Para obter esta amostra o investigador recorreu à técnica de amostragem aleatória e aos critérios de escolha das unidades por conveniência.

O período de tempo de recolha de dados foi estabelecido de forma a obter o número de doentes inicialmente previsto a alcançar (cerca de 100 doentes da CE e 100 doentes da CIC) contudo, um esforço máximo foi efetuado tendo este número duplicado na CE (226 doentes da CE).

O tamanho da amostra foi previsto tendo em conta, em termos gerais, as seguintes ideias: as grandes amostras conduzem a melhores aproximações aos parâmetros da população e quanto mais variáveis existirem no estudo maior deverá ser a amostra, por isso a amostra foi recolhida em dois locais de intervenção (CE e CIC).

A amostra foi selecionada atendendo aos:

- critérios de inclusão: doentes com IC do CHTS em ambulatório, com nacionalidade Portuguesa, com consulta marcada na CIC e na CE no período de janeiro a junho de 2012, com um ecocardiograma realizado nos últimos 6 meses e com uma FE até 50%, que recorreram à CIC no serviço de Cardiologia após intervenção de Enfermagem, que apresentavam condições físicas e mentais para responder ao instrumento de recolha de dados, e que aceitaram assinar o consentimento informado.

- critérios de exclusão: doentes em internamento, com nacionalidade estrangeira, com marcação de consulta na CIC e na CE fora do período de janeiro a junho de 2012, sem ecocardiograma realizado nos últimos 6 meses e/ou com uma FE superior a 50%, que recorreram à CIC no serviço de Cardiologia mas sem intervenção de Enfermagem, que não apresentavam condições físicas e/ou mentais para responder ao instrumento de recolha de dados, e que recusaram participar no estudo não assinando o termo de consentimento informado.

Tendo em conta os aspetos éticos relacionados com a instituição onde decorreu a investigação, previamente à recolha dos dados, foram efetuados uma série de pedidos (indicando em que consiste o projeto e quais os participantes envolvidos) às entidades implicadas, por forma a assegurar uma colaboração ao longo de todo o processo de recolha de dados. Estes pedidos foram atendidos favoravelmente e atempadamente dentro dos limites de tempo definido inicialmente em cronograma para a realização do estudo.

Na instituição onde se procedeu à recolha de dados foi efetuado o pedido de autorização para realizar a recolha de dados à Diretora (Anexo I), assim como à Enfermeira Chefe (Anexo II) do Serviço de Cardiologia do CHTS e de forma verbal à Enfermeira Chefe da CE do CHTS.

Foram efetuados também pedidos de colaboração de forma verbal às Enfermeiras da CIC para a colaboração na aplicação do instrumento de recolha de dados e ao Engenheiro Informático para a obtenção das listagens dos doentes que realizaram ecocardiograma.

Em relação aos aspetos éticos tendo em conta o doente foi construído um consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação, de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo, adaptado do modelo de consentimento informado da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) (2008) (Anexo III).

Depois dos pedidos terem sido deferidos, foram anexados juntamente com o *Curriculum Vitae* do investigador e com o pré-projeto do estudo à minuta de requerimento do CHTS e foi efetuado o pedido de autorização à prática de investigação clínica, ao Presidente do Conselho de Administração e ao Presidente da Comissão de ética do CHTS (Anexo IV), tendo sido obtida autorização.

Qualquer investigação realizada com seres humanos gera questões morais e éticas e todo o investigador está sob responsabilidade penal, civil e deontológica, no que concerne às leis e às regras internas, que regem as associações profissionais. O investigador tem também obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projetos de investigação. Por isso, os princípios éticos (Assembleia da República, 2001), o código de Nuremberga (revisto nas Declarações de Helsínquia e progressivamente revisto noutras diretrizes e que serve de orientação em matéria de investigação biomédica sobre seres humanos) e o guia sobre o consentimento informado da ARSN (2009) foram totalmente tidos em conta e respeitados.

Deste modo, a aplicação do instrumento de recolha de dados foi precedida de uma abordagem de apresentação do investigador ao doente e de uma explicação clara e honesta dos objetivos pretendidos, justificações e procedimentos do estudo.

Cada doente foi convidado à participação, através do seu consentimento por escrito e informado do carácter voluntário da sua participação, sem qualquer prejuízo assistencial ou outro pelo facto de se recusar em participar.

O facto de o investigador ter contactado anteriormente no internamento de cardiologia com a maioria destes doentes permitiu uma maior empatia, o que contribuiu, em parte, para uma participação quase total dos doentes.

Aos doentes que aceitaram participar (somente dois doentes não aceitaram participar por razões de indisponibilidade de tempo) e que assinaram o consentimento informado foi garantido o anonimato, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o estudo. Foi também assegurado sempre, a sua privacidade aquando a recolha dos dados, num gabinete próximo disponível.

O consentimento informado foi assinado pelo doente, ou pelo seu acompanhante presente com o seu consentimento verbal (quando este não sabia ler nem escrever). O doente ficou com uma cópia, assinada pelo investigador, como compromisso do cumprimento dos princípios éticos.

2.1.3 Tipo de Estudo

Para este estudo optou-se por uma pesquisa de índole quantitativa, pois baseia-se em escalas de medida de variáveis que permitem a ordenação e a quantificação das diferenças entre essas variáveis.

Trata-se de um estudo observacional porque não existe manipulação de intervenções diretas sobre os indivíduos em estudo, limitando-se, o investigador, à observação destas e das suas características.

Como unidade de análise, o estudo usa o indivíduo com IC; sendo a base de seleção dos participantes a presença de IC. Os doentes, por sua vez, são selecionados pela presença a intervenções diferentes em locais distintos, doentes com IC da CIC e da CE.

Quanto ao período de seguimento, é um estudo transversal porque os dados não apresentam um período de seguimento, ou seja, as características da população em estudo são recolhidas num único ponto no tempo pré-definido de 6 meses, entre janeiro a junho de 2012.

É um estudo, essencialmente, prospetivo quanto ao período de referência, porque os dados são recolhidos no presente.

Relativamente ao objetivo do estudo, trata-se de um estudo cujo objetivo é descritivo, pois pretende descrever as características da população, através da descrição das variáveis em estudo.

2.1.4 Instrumentos de Recolha de Dados

A seleção dos questionários para o estudo, já construídos e validados por outros investigadores, foi precedida por uma pesquisa de referências bibliográficas, no sentido de encontrar um questionário válido, sensível à mudança e específico para medir a QVRS numa população Portuguesa com IC, assim como a obtenção de uma medida genérica de avaliação do ES de fácil e curta aplicação.

Tendo em conta os aspetos éticos foi efetuado, aos autores das escalas selecionadas para este estudo, o pedido de autorização para a sua utilização por escrito da versão Portuguesa do KCCQ (Leal et al., 2010c) (Anexo V) e, de forma verbal do EQ-5D versão Portuguesa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (1997-1998).

O instrumento de recolha de dados do estudo é composto por partes:

- A primeira parte é constituída pelo questionário genérico, EQ-5D, (EuroQol), versão Portuguesa do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (1997-1998) (Anexo VI). É um instrumento de avaliação do ES e ganhos em saúde, constituído por:

- uma parte descritiva que se divide em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal estar, ansiedade/depressão), cada uma com 3 níveis, em que o doente é solicitado a indicar o seu ES;
 - uma parte em que o doente compara o seu nível geral de saúde atual, com o de há 12 meses, classificando-o numa escala de melhor, o mesmo, ou pior;
 - pela VAS em que o doente autoavaliasse no seu ES, naquele momento (o melhor ES que possa imaginar é marcado por 100 e o pior ES que possa imaginar é marcado por 0).
- A segunda parte é constituída pelo questionário específico da IC, versão Portuguesa do KCCQ (Anexo VII), que segundo Leal et al. (2010c) foi sujeito a validação estatística semelhante à americana com a avaliação da fiabilidade e validade. A fiabilidade foi avaliada pela consistência interna dos domínios (limitação física, sintomas, autoeficácia, QV, limitação social) e dos dois somatórios (estado funcional e sumário clínico) apresentando valores de Alpha de Croonbach (0,50 a 0,94) nos vários domínios e somatórios. A validade foi analisada pela convergência, pela sensibilidade às diferenças entre grupos e pela sensibilidade à alteração da condição clínica. Foi avaliada a validade convergente de todos os domínios relacionados com a funcionalidade, pela relação verificada entre estes e uma medida de funcionalidade (NYHA), tendo os autores verificado correlações significativas ($p < 0,01$), como medida para avaliar a funcionalidade em doentes com IC. Deste modo, os autores referem que o KCCQ é um instrumento válido, sensível à mudança e específico para medir a QVRS numa população portuguesa com IC. Segundo (Leal et al., 2010c) o KCCQ é o instrumento mais sensível à mudança clínica e à diferenciação da gravidade da condição clínica, quando comparado com o SF-36 (Short Form 36 – Questionário de Estado de Saúde) e com o MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) (as duas medidas mais utilizadas na avaliação da QVRS em IC). Os autores referem ainda, que a presente medida alvo de validação transcultural é válida, fiável, simples de aplicar e bem aceite pelos doentes, avaliando especificamente a QV na IC e apresentando uma responsividade mais elevada que a generalidade das medidas genéricas e específicas que medem o mesmo conceito.

Este questionário é constituído por vinte e três itens distribuídos por cinco dimensões:

1. limitação física (questão 1) mede em que extensão os sintomas da IC limitaram algumas das atividades diárias dos doentes, num período de duas semanas;
2. sintomas:
 - 2.1. frequência (questões 3, 5, 7 e 9) mede o número de vezes que os sintomas de IC como cansaço, dispneia ou edema das extremidades ocorreram num período de duas semanas;
 - 2.2. gravidade (questões 4, 6 e 8) mede (se houve) alterações na gravidade destes sintomas, num período de duas semanas;
 - 2.3. estabilidade dos sintomas (questão 2) mede (se houve) alterações na estabilidade destes sintomas, num período de duas semanas.
3. autoeficácia (questões 10 e 11) mede a capacidade do doente para perceber como pode evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique;

4. qualidade de vida (questões 12, 13 e 14) avalia a percepção do doente acerca do seu gosto em viver ou o desânimo devido à sua doença cardíaca;
5. limitação social (questão 15) avalia como é que a IC afeta o estilo de vida dos doentes.

Aos doentes foi pedido que respondessem às questões utilizando para o efeito diferentes escalas de Likert, em cada uma foi selecionada uma afirmação de acordo com a sua opinião.

Os resultados da escala foram transformados de 0-100 pela subtração ao domínio do valor mais baixo, seguido da divisão pelo valor mais alto, subtraído do mais baixo e, multiplicando por 100, onde os scores mais elevados indicam o melhor ES.

A percepção da QV dos indivíduos da amostra é avaliada não diretamente, mas sim pela análise e tratamento dos dados obtida das cinco dimensões através da aplicação da escala KCCQ. Tal como mencionado no quadro de referências, a QV é definida como um conceito multidimensional.

- A terceira parte do instrumento de recolha de dados foi elaborada pelo investigador (Apêndice II) tendo em conta os dados de referência da literatura e a experiência profissional. O objetivo foi completar o instrumento de recolha de dados, para melhor descrever a amostra. O questionário é constituído por duas partes, uma caracterização da amostra em termos sociodemográficos e uma caracterização em termos clínicos, aspetos estes considerados importantes.

A parte sociodemográfica é constituída por:

- género (masculino; feminino);
- idade (anos);
- estado civil (solteiro/ divorciado/ separado/ viúvo; casado/união de facto);
- nível de instrução (Não sabe ler e escrever; Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino; 1º ciclo do ensino básico - 4º ano/antiga 4ª classe; 2º ciclo do ensino básico - 6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório; 1º ciclo do ensino básico - 9º ano/antigo 5ºano do curso geral dos liceus; Ensino Secundário - 12º ano/7º ano do curso complementar dos liceus; Ensino pós-secundário - curso especialização. tecnológica ou outro não conferente a grau; Ensino superior);
- área de residência (urbana; rural);
- apoio familiar;
- apoio social;
- condições económicas mínimas para o tratamento da IC.

A parte da situação clínica é composta por:

- intervenção da CIC (acessibilidade ao serviço de saúde; acompanhamento em consultas periódicas a nível Médico e de Enfermagem; conhecimento e controle da doença; eceitação da gravidade da doença; capacidade para se autocuidar para controlar a IC; adesão à medicação; vigilância de sinais e sintomas de descompensação da doença);
- tipo de intervenção a que foi submetido (transplante; PMD; CDI; TRC; cirurgia valvular; CRM; angioplastia coronária percutânea (PTCA); terapêutica farmacológica; CIC; outros);
- etiologia da IC (isquémica; hipertensiva; valvular; idiopática; drogas/ tóxicos; outra);

- classificação funcional da NYHA da IC (classe I; classe II; classe III; classe IV);
- fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) ($\leq 35\%$; 36-50%).

Os dados clínicos foram pesquisados e preenchidos pelo investigador, exceto a intervenção da CIC que foi avaliada pelos doentes que a frequentam.

Cada unidade amostral tinha os questionários agraphados pela seguinte ordem: termo de consentimento informado, questionário genérico, questionário específico e questionário sóciodemográfico e clínico. A opção desta ordem prende-se com o facto do questionário sóciodemográfico ser de preenchimento mais curto, mais rápido de administrar e mais acessível em termos de conteúdo; e pelo facto dos primeiros questionários conterem questões relativas ao seu ES, motivo pelo qual os doentes recorreram à consulta.

Os questionários foram aplicados pessoalmente, o investigador pergunta e preenche o questionário com as respostas do questionado.

As variáveis usadas na recolha de dados podem ser classificadas em:

- variáveis dependentes: o ES e a QV dos doentes com IC do CHTS.

A variável dependente medida pelo KCCQ (QV) e pela VAS (ES) é classificada como uma variável quantitativa racional e quando medida pelo EQ-5D (ES) é classificada como uma variável qualitativa ordinal.

- variáveis independentes: os fatores pessoais e os fatores clínicos.

As variáveis independentes deste estudo são classificadas em:

- variáveis qualitativas nominais: género, estado civil, área de residência, apoio familiar, apoio dos amigos, condições económicas mínimas para o tratamento da IC, CIC, tipo de intervenção de tratamento a que foi submetido, etiologia da IC;
- variáveis qualitativas ordinais: nível de instrução, classificação funcional NYHA;
- variável quantitativa intervalar: FEVE;
- variável quantitativa racional: idade (anos).

2.1.5 Procedimentos

Depois de se definir a metodologia, o plano de investigação é posto em prática. A fase empírica inclui a recolha dos dados e o seu tratamento para posteriormente serem interpretados e discutidos.

Para o recrutamento da amostra foi requerida uma listagem de doentes que realizaram ecocardiograma desde agosto de 2011, de forma a que em janeiro de 2012 (início da recolha de dados) este ecocardiograma ainda mantivesse o critério dos 6 meses de validade. Desta listagem foram selecionados os doentes da CIC e os da CE que tinham uma FE até 50%, identificados pelo seu nº de processo.

Com o número de processo de cada doente foi efetuada uma pesquisa a nível do SAM (Sistema de Apoio Médico) da marcação de consultas de cardiologia, da CE e da CIC, programadas com data e hora. Apartir desta informação foram construídas duas tabelas (uma com os doentes da CIC e outra com os doentes da CE) com a data da consulta, hora, o nº do processo, nome do doente e FE.

A atualização da listagem dos doentes que tinham realizado o ecocardiograma no mês anterior foi efetuada mensalmente, desde janeiro até junho de 2012, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, de forma a aumentar o número de doentes recrutados e de maneira a compensar o número de doentes que impreviavelmente faltaram às consultas marcadas.

O recrutamento dos doentes da CIC em relação aos da CE foi demorado, facto este devido ao funcionamento da CE ser todos os dias úteis e o da CIC ser somente às 4ª feiras das 9h às 17h, e ainda pelo facto das sessões de ensino de Enfermagem serem realizadas apenas 2 vezes por mês (às 3ª feiras de manhã). Esta limitação no recrutamento de doentes da CIC e o limite de tempo proposto para a realização deste estudo, foram critérios importantes para optar por este tipo de estudo em vez de um outro com amostras emparelhadas, em que o objetivo seria avaliar o impacto da intervenção da CIC em termos de QV, o que exigiria um período bastante longo de recrutamento.

Assim, foi iniciada uma exaustiva recolha de dados com os instrumentos seleccionados sobre a QV dos doentes com IC do CHTS, desde janeiro até junho de 2012, conforme previsto inicialmente no cronograma, em que o investigador em tempo útil se deslocou à CE (recolha de dados efetuada na sua totalidade pelo investigador) e à CIC (recolha de dados efetuada pelo investigador com a colaboração das Enfermeiras da CIC) para contactar com os doentes antes da consulta.

A uniformização da situação na recolha de dados e da apresentação das questões foi assegurada de modo, a manter a mesma modalidade de recolha de informação para cada doente e assim, impedir consequências sobre a análise e a interpretação dos resultados pela influência de variáveis externas. O investigador procurou sempre ler as perguntas pela mesma ordem (tal como redigidas), num tom de voz neutro (de forma a não influenciar o questionado) e sem fazer interpretação das respostas obtidas, para assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre os sujeitos.

O preenchimento e registo das alternativas de resposta do inquirido foram assinalados pelo investigador e colaboradores com um X, como solicitado, e por isso não foram obtidas falhas de respostas, nem respostas múltiplas à mesma questão.

A duração da recolha de dados a cada unidade amostral dependia muitas vezes da necessidade de cada doente expor os seus problemas a um profissional de saúde, neste caso no papel de investigador. No entanto, o investigador sem impôr limites de tempo tentou ao máximo conduzir o diálogo para o seu objetivo.

A recolha de dados era concluída com a renovação dos agradecimentos pela participação do doente, sendo este dispensado.

De seguida era pesquisada e preenchida pelo investigador a informação em falta da parte clínica do questionário. Esta pesquisa foi efetuada através do SAM e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), em relação ao tipo de intervenção a que foi submetido, etiologia da IC e

classificação funcional NYHA (a FE, já era conhecida, pois constituía critério de seleção dos doentes). A pesquisa dos dados clínicos revelou-se difícil, uma vez que nem sempre estes se encontravam a nível informático (algumas vezes em papel) e quando se encontravam, muitas vezes eram incompletos. Deste modo, o investigador teve de procurar em todos os registos existentes sobre o doente para obter a informação pretendida.

A cada unidade amostral era atribuído um número por ordem crescente de recolha e os valores de cada variável eram introduzidos na base de dados, de forma a facilitar e organizar o arquivo destes.

Para a organização da base de dados foi atribuído um código às variáveis, pelo facto destas apresentarem nomes extensos, e um número a cada uma das formas que a variável pode assumir (Apêndice III).

Após ter concluído a recolha da informação e a introdução de todos os valores de cada variável com os respetivos códigos e suas propriedades, final de junho de 2012, o passo seguinte foi o tratamento e apresentação dos dados e a transformação das variáveis. Para tal foram efetuados os seguintes passos:

- “limpeza” da base de dados em relação ao número de ocorrências de valores inválidos ou omissos, *missings*, resultantes do processo de introdução dos valores de cada variável na base de dados, com o objetivo de validar todos os casos. A correção destes valores foi confirmada com o registo exato dos dados no instrumento de recolha de dados;
- foi criada uma nova variável, local de intervenção, para ser possível descrever o impacto da CE e da CIC na variável dependente. Foi-lhe atribuído o código “LocalIntervenção” e o valor 1 para a CE; e o valor 2 para a CIC;
- todas as últimas hipóteses de resposta de cada escala de Likert, de cada item do KCCQ que traduziam a ideia de limitada por outra razão, ou que não fazia essa atividade, ou que a situação não se verificava, foram considerados *missings*, uma vez que são considerados como uma situação de não resposta e por isso, não contribuem para a interpretação correta dos dados;
- o conteúdo e a pontuação das respostas standardizados foram respeitados, de acordo com a pontuação indicada por Leal et al. (2010c), para que a produção de dados deste estudo seja com a mesma fiabilidade e validade dos reportados noutras publicações, assim como permitir a sua comparação com outros estudos. No EQ-5D e no KCCQ foi usado somente o sistema descritivo em termos de efetividade da prática clínica e não em termos de medição de utilidade;
- foram recodificadas as seguintes variáveis, por razões operacionais de tratamento estatístico:
 - dimensões do EQ-5D classificadas de 1 a 3 no questionário (Mobilidade: 1- Não tenho problemas em andar, 2- Tenho alguns problemas em andar, 3- Tenho de estar na cama; Cuidados Pessoais: 1- Não tenho problemas em cuidar de mim, 2- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me, 3- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a; Atividades Habituais: 1- Não tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais, 2-Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais, 3- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais; Dor/ Mal-estar: 1- Não tenho dores ou mal-

estar, 2- Tenho dores ou mal-estar, 3- Tenho dores ou mal-estar extremos; e Ansiedade/Depressão: 1- Não estou ansioso/a ou deprimido/a, 2- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a, 3- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a) foram, respetivamente, reagrupadas em escalas de 1 a 2 (Mobilidade: 1- Não tenho problemas em andar, 2- Tenho problemas em andar; Cuidados Pessoais: 1- Não tenho problemas em cuidar de mim, 2- Tenho problemas em cuidar de mim; Atividades Habituais: 1- Não tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais, 3- Tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais; Dor/ Mal-estar: 1- Não tenho dores ou mal-estar, 2- Tenho dores ou mal-estar; e Ansiedade/Depressão: 1- Não estou ansioso/a ou deprimido/a, 2- Estou ansioso/a ou deprimido/a).

- no questionário, a variável idade dos indivíduos foi recolhida como uma variável quantitativa racional, no entanto posteriormente houve a necessidade de a recodificar em grupos etários, numa variável qualitativa ordinal (o valor 1 para: 31-54, o valor 2 para: 55-64, o valor 3 para: 65-74, e o valor 4 para: 75-100).

- a variável nível de instrução classificada no questionário em 8 níveis (o valor 1 para: Não sabe ler e escrever; o valor 2 para: Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino; o valor 3 para: 1º ciclo do ensino básico - 4º ano/antiga 4ª classe; o valor 4 para: 2º ciclo do ensino básico - 6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório; o valor 5 para: 1º ciclo do ensino básico - 9º ano/antigo 5º ano do curso geral dos liceus; o valor 6 para: Ensino Secundário - 12º ano/7º ano do curso complementar dos liceus; o valor 7 para: Ensino pós-secundário - curso especialização tecnológica ou outro não conferente a grau; e o valor 8 para: Ensino superior) foi recodificada em 4 níveis de instrução (1- Não sabe ler nem escrever; 2- Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino até 4ª classe; 3- Até 12º ano; 4- Ensino Pós secundário e Ensino Superior).

Depois de constituída a amostra torna-se necessário a sua caracterização e sendo este um estudo descritivo com o objetivo de descrever as características da amostra em estudo, teoricamente a apresentação dos resultados estatísticos (tratados informaticamente no SPSS Statistics ® 18) deve ser através da estatística descritiva.

Na estatística descritiva as variáveis foram expressas usando tabelas de frequências. As medidas de tendência central usadas foram a moda nas variáveis qualitativas nominais e ordinais e a média nas variáveis quantitativas. Como medidas de dispersão foi usado o desvio padrão, mínimo e máximo nas variáveis quantitativas.

Depois de selecionada e caracterizada a amostra por recurso à estatística descritiva, o procedimento seguinte e final na análise estatística é o processo de inferência, em que o analista se depara sempre com a dúvida em escolher qual o teste de hipóteses mais apropriado face ao número de variáveis, ao tipo de amostras e à verificação dos pressupostos de aplicação dos testes.

Os testes de hipóteses paramétricos exigem variáveis quantitativas e a distribuição da amostra conhecida. Estes testes têm maior probabilidade de rejeitar H0 quando esta é falsa, do que os

restantes testes não paramétricos que podem ser usados quer em variáveis qualitativas ou quantitativas.

Deste modo, para testar as hipóteses propostas foram usados os seguintes testes:

- *test t Student*, teste paramétrico, para comparação de médias entre dois grupos para saber se existem ou não diferenças significativas. Para tal foram verificados os seguintes pressupostos: variável dependente quantitativa (QV medida pelo KCCQ e ES medido pela VAS), distribuição da variável dependente segue a normalidade porque $n \geq 30$, e as variâncias dos dois grupos da amostra devem ser homogêneas (teste de Levene). Quando não foi verificada a homogeneidade ($p < 0,05$) recorreu-se ao ajuste do teste *t Student*.

- análise da variância (ANOVA) *one-way*, teste paramétrico, para comparar médias da variável dependente considerando apenas uma variável independente com três ou mais níveis como base. Para tal foram verificados os seguintes requisitos: variável dependente quantitativa (QV medida pelo KCCQ e ES medido pela VAS), distribuição normal através das medidas de assimetria e de curtose, e variâncias homogêneas (teste de Levene). Quando não foi verificada a homogeneidade ($p < 0,05$) recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal Wallis para comparação das distribuições.

- teste do Qui- quadrado da independência, teste não paramétrico, para testar se as variáveis ordinais (ES medido pelo EQ-5D) eram independentes. Para tal foi verificado o seguinte pressuposto: no máximo pode ter 20% das células com valor esperado menor que 5. Quando este pressuposto não foi verificado recorreu-se ao reagrupamento das variáveis dependentes. Quando, mesmo assim, ainda se obtinha mais de 20% das células com valor esperado menor que 5 recorreu-se ao teste de Fisher. E sempre que perante uma tabela 2x2 foi usado o valor da correção da continuidade quando a seguinte condição $|ad-bc| > 0,5 \times 100$ era verdadeira. Quando a verificação da condição da correção da continuidade era falsa foi usado o valor de Pearson Chi-Square ou o de Fisher.

Nos testes de hipóteses o nível de significância considerado foi de 0,05.

2.2 Resultados

Os resultados incluem a caracterização da amostra (sociodemográfica, clínica e em termos de ES e de QV) e a relação do ES e da QV com as características individuais (sociodemográficas, clínicas) e com o local de intervenção.

2.2.1 Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra desenvolve-se a nível sociodemográfico, clínico e em termos de percepção do ES e da QV dos doentes com IC, da CE e da CIC, do CHTS.

2.2.1.1 Caracterização Sociodemográfica

Seguindo a ordem das questões apresentadas no questionário sociodemográfico e clínico, apresenta-se a caracterização da amostra quanto ao género, idade, estado civil, nível de instrução, área de residência, e a existência ou não de apoio familiar, apoio dos amigos e condições económicas mínimas para o tratamento da IC (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Variáveis Sociodemográficas	Local de Intervenção	CE (n=226)		CIC (n=100)		Total da amostra (n=326)	
	Frequências: absolutas/ (relativas)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Género	Masculino	176	(77,9)	73	(73,0)	249	(76,4)
	Feminino	50	(22,1)	27	(27,0)	77	(23,6)
Grupo etário	31-54	34	(15,0)	31	(31,0)	65	(19,9)
	55-64	54	(23,9)	41	(41,0)	95	(29,1)
	65-74	66	(29,2)	16	(16,0)	82	(25,2)
	75-100	72	(31,9)	12	(12,0)	84	(25,8)
	Média	67,5		59,0		64,9	
	Desvio padrão	±11,6		±12,7		±12,5	
	Mínimo	39		33		33	
	Máximo	93		91		93	
Estado Civil	Solteiro/ Divorciado/ Separado/ Viúvo	60	(26,5)	20	(20,0)	80	(24,5)
	Casado/ União de facto	166	(73,5)	80	(80,0)	246	(75,5)
Nível de Instrução	Não sabe ler nem escrever	32	(14,2)	4	(4,0)	36	(11,0)
	Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino até 4ª classe	168	(74,3)	74	(74,0)	242	(74,2)
	Até 12º ano	23	(10,2)	20	(20,0)	43	(13,2)
	Ensino pós-secundário e Ensino Superior	3	(1,3)	2	(2,0)	5	(1,5)
Área de Residência	Urbana	34	(15,0)	20	(20,0)	54	(16,6)
	Rural	192	(85,0)	80	(80,0)	272	(83,4)
Apoio da Família	Sim	219	(96,9)	92	(92,0)	311	(95,4)
	Não	7	(3,1)	8	(8,0)	15	(4,6)
Apoio dos Amigos	Sim	215	(95,1)	90	(90,0)	305	(93,6)
	Não	11	(4,9)	10	(10,0)	21	(6,4)
Condições Económicas Mínimas	Sim	164	(72,6)	85	(85,0)	249	(76,4)
	Não	62	(27,4)	15	(15,0)	77	(23,6)

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CE – Consulta Externa; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca.

Participaram no estudo 326 doentes com IC, dos quais 226 são da CE e 100 são da CIC.

Da caracterização da amostra em termos sociodemográficos pode-se dizer que, em ambos os locais de intervenção, os doentes eram predominantemente do género masculino (CE=77,9%; CIC=73,0%), casados ou em união de facto (CE=73,5%; CIC=80,0%), provenientes do meio rural (CE=85,0%; CIC=80,0%); sentiam apoio por parte da família (CE=96,9%; CIC=92,0%) e dos amigos (CE=95,1%; CIC=90,0%); e tinham condições económicas mínimas para o tratamento da IC (CE=72,6%; CIC=85,0%).

Apesar de predominar, nos dois locais de intervenção, o nível de instrução desde o saber ler e escrever sem possuir grau de ensino até à 4ª classe (CE=74,3%; CIC=74,0%), o nível de instrução não saber ler nem escrever também foi estatisticamente significativo (CE=14,2%; CIC=4,0%), em comparação com o nível de instrução até 12º ano (CE=10,2%; CIC=20,0%) e com o do ensino pós secundário e ensino superior (CE=1,3%; CIC=2,0%).

O grupo etário foi a única variável da amostra na caracterização sociodemográfica, dos dois locais de intervenção, que os diferenciou. Verificou-se que os doentes com IC da CE eram mais velhos, situando-se com maior frequência entre os 75-100 anos (31,9%), do que os da CIC que se situavam entre os 55-64 anos (41,0%). Sendo assim, a média das idades dos doentes na CE foi de 67,5 anos

com um desvio padrão de $\pm 11,6$ em comparação com a média das idades dos doentes na CIC de 59,0 anos com um desvio padrão de $\pm 12,7$. A idade dos inquiridos foi agrupada em quatro classes, observando-se um limite mínimo de idades de 33 anos na CIC e o máximo de 93 anos na CE.

2.2.1.2 Caracterização Clínica

Nesta segunda parte faz-se uma caracterização clínica. A intervenção da CIC foi autoavaliada pelos seus doentes, mas o tipo de intervenção a que os doentes dos dois locais foram submetidos, a etiologia da IC, a classificação funcional da NYHA e a FEVE foram informações objetivas pesquisadas pelo investigador.

Assim, a avaliação efetuada pelos doentes à intervenção na CIC é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização clínica da amostra – Clínica de Insuficiência Cardíaca.

Doentes da CIC:	Sim		Não		Total da CIC (n=100)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tem maior facilidade no acesso ao serviço de saúde	100	(100,0)	0	(0,0)	100	(100,0)
Tem maior acompanhamento Médico e de Enfermagem	100	(100,0)	0	(0,0)	100	(100,0)
Tem maior conhecimento sobre a doença	99	(99,0)	1	(1,0)	100	(100,0)
Admite maior gravidade da doença	94	(94,0)	6	(6,0)	100	(100,0)
Sente maior capacidade para se autocuidar	97	(97,0)	3	(3,0)	100	(100,0)
Reconhece importância da adesão à medicação	99	(99,0)	1	(1,0)	100	(100,0)
Tem maior vigilância nos sinais e sintomas de agravamento	99	(99,0)	1	(1,0)	100	(100,0)

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca.

Constatou-se que todos os doentes da CIC revelaram que, pelo facto de pertencerem a esta clínica, tinham maior facilidade no acesso ao serviço de saúde e um maior acompanhamento Médico e de Enfermagem. Igualmente respostas positivas foram referidas por 99 destes doentes, quanto ao facto de terem um maior conhecimento sobre a doença, de reconhecerem a importância da adesão à medicação e de terem uma maior vigilância dos sinais e sintomas de agravamento. A maior capacidade para se autocuidar e o reconhecimento da gravidade da doença foram ainda referidos, respetivamente, por 97 e 94 doentes.

Os dados objetivos pesquisados pelo investigador quanto ao tipo de intervenção a que os doentes foram submetidos, a etiologia da IC, a classificação funcional da NYHA e a FEVE podem ser verificados na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização clínica da amostra.

Variáveis Clínicas	Local de Intervenção		CE (n=226)		CIC (n=100)		Total da amostra (n=326)	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tipo de Intervenção de Tratamento	Transplante	Sim	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
		Não	226	(100,0)	100	(100,0)	326	(100,0)
	PMD	Sim	14	(6,2)	1	(1,0)	15	(4,6)
		Não	212	(93,8)	99	(99,0)	311	(95,4)
	CDI	Sim	9	(4,0)	9	(9,0)	18	(5,5)
		Não	217	(96,0)	91	(91,0)	308	(94,5)
	TRC	Sim	0	(0,0)	8	(8,0)	8	(2,5)
		Não	226	(100,0)	92	(92,0)	318	(97,5)
	Cirurgia valvular	Sim	24	(10,6)	4	(4,0)	28	(8,6)
		Não	202	(89,4)	96	(96,0)	298	(91,4)
	CRM	Sim	30	(13,3)	10	(10,0)	40	(12,3)
		Não	196	(86,7)	90	(90,0)	286	(87,7)
	PTCA	Sim	74	(32,7)	20	(20,0)	94	(28,8)
		Não	152	(67,3)	80	(80,0)	232	(71,2)
	Terapêutica Farmacológica	Sim	226	(100,0)	100	(100,0)	326	(100,0)
		Não	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
	CIC	Sim	0	(0,0)	100	(100,0)	100	(30,7)
		Não	226	(100,0)	0	(0,0)	226	(69,3)
	Outros	Sim	1	(0,4)	0	(0,0)	1	(0,3)
		Não	225	(99,6)	100	(100,0)	325	(99,7)
Etiologia da IC	Isquêmica	Sim	155	(68,6)	54	(54,0)	209	(64,1)
		Não	71	(31,4)	46	(46,0)	117	(35,9)
	Hipertensiva	Sim	7	(3,1)	10	(10,0)	17	(5,2)
		Não	219	(96,9)	90	(90,0)	309	(94,8)
	Valvular	Sim	50	(22,1)	9	(9,0)	59	(18,1)
		Não	176	(77,9)	91	(91,0)	267	(81,9)
	Idiopática	Sim	15	(6,6)	20	(20,0)	35	(10,7)
		Não	211	(93,4)	80	(80,0)	291	(89,3)
	Drogas/ Tóxicos	Sim	32	(14,2)	27	(27,0)	59	(18,1)
		Não	194	(85,8)	73	(73,0)	267	(81,9)
Classe funcional NYHA	Outra	Sim	2	(0,9)	4	(4,0)	6	(1,8)
		Não	224	(100,0)	96	(96,0)	320	(98,2)
	Classe I		21	(9,3)	23	(23,0)	44	(13,5)
	Classe II		118	(52,2)	44	(44,0)	162	(49,7)
	Classe III		85	(37,6)	33	(33,0)	118	(36,2)
	Classe IV		2	(0,9)	0	(0,0)	2	(0,6)
FE (%)	FE ≤35%,		118	(52,2)	74	(74,0)	192	(58,9)
	FE 36-50%		108	(47,8)	26	(26,0)	134	(41,1)
	Média		34,6		29,9		33,2	
	Desvio padrão		±8,5		±8,7		±8,8	
	Mínimo		13		11		11	
	Máximo		50		50		50	

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável; CE – Consulta Externa; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca; CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; FE – Fração de Ejeção; IC – Insuficiência Cardíaca; NYHA - New York Heart Association; PMD – Pacemaker Definitivo; PTCA – Angioplastia Coronária Percutânea; TRC - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca.

Resumindo a caracterização da amostra em termos clínicos pode-se dizer que nos dois locais de intervenção prevalecia, para além do tratamento farmacológico (CE=100,0%; CIC=100,0%), o tratamento com PTCA (CE=32,7%; CIC=20,0%) e a CRM (CE=13,3%; CIC=10,0%), e por isso predominava a etiologia isquêmica (CE=68,6%; CIC=54,0%), no entanto na CE a causa valvular

(22,1%) e na CIC a causa da IC por drogas ou tóxicos (27,0%) também apresentavam frequências elevadas.

Verificou-se ainda, identicamente nos dois locais de intervenção, que a maioria dos doentes com IC encontrava-se na classe II da NYHA (CE=52,2%; CIC=44,0%) e tinha uma FE \leq 35% (CE=52,2%; CIC=74,0%).

A média da FE na CE foi de 34,6% com um desvio padrão de \pm 8,5 em comparação com a média da FE na CIC que foi de 29,9% com um desvio padrão de \pm 8,7. Sendo o limite mínimo de FE observado de 11% na CIC e de 13% na CE e o máximo de 50%, tanto na CE como na CIC.

2.2.1.3 Caracterização do ES e da QV

A caracterização da amostra em termos de ES foi avaliada pelo EQ-5D e pela VAS e em termos de QV foi avaliada pelo KCCQ.

2.2.1.3.1 Caracterização do ES medido pelo EQ-5D e pela VAS

A caracterização da amostra em termos de ES, medido pelo EQ-5D, pode ser observada na Tabela 9. O ES foi avaliado nas seguintes dimensões do EQ-5D: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor ou mal-estar e ansiedade ou depressão. Foi avaliado o nível geral de saúde comparado com o dos últimos 12 meses e avaliado o ES pela VAS.

Tabela 8 - Caracterização do ES medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D) e pela Visual Analogue Scale (VAS).

Dimensões do EQ-5D	Local de Intervenção	CE (n=226)		CIC (n=100)		Total da amostra (n=326)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Mobilidade (M)	Frequências: absolutas/ (relativas)						
	Não tem problemas em andar	42	(18,6)	53	(53,0)	95	(29,1)
	Tem problemas em andar	180	(79,6)	47	(47,0)	227	(69,6)
	Tem de estar na cama	4	(1,8)	0	(0,0)	4	(1,2)
Cuidados Pessoais (CP)	Não tem problemas em cuidar-se	136	(60,2)	73	(73,0)	209	(64,1)
	Tem alguns problemas a lavar-se ou vestir-se	57	(25,2)	24	(24,0)	81	(24,8)
	É incapaz de se lavar ou vestir sozinho/a	33	(14,6)	3	(3,0)	36	(11,0)
Atividades Habituais (AH)	Não tem problemas em desempenhar as atividades habituais	87	(38,5)	56	(56,0)	143	(43,9)
	Tem alguns problemas em desempenhar as atividades habituais	99	(43,8)	37	(37,0)	136	(41,7)
	É incapaz de desempenhar as atividades habituais	40	(17,7)	7	(7,0)	47	(14,4)
Dor/ Mal- estar (D/M)	Não tem dores ou mal-estar	131	(58,0)	74	(74,0)	205	(62,9)
	Tem dores ou mal-estar moderados	88	(38,9)	23	(23,0)	111	(34,0)
	Tem dores ou mal-estar extremos	7	(3,1)	3	(3,0)	10	(3,1)
Ansiedade/ Depressão (A/D)	Não está ansioso/a ou deprimido/a	55	(24,3)	41	(41,0)	96	(29,4)
	Está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	100	(44,2)	42	(42,0)	142	(43,6)
	Está extremamente ansioso/a ou deprimido/a	71	(31,4)	17	(17,0)	88	(27,0)
Comparação do Nível Geral de Saúde	Melhor	82	(36,3)	57	(57,0)	139	(42,6)
	O mesmo	77	(34,1)	24	(24,0)	101	(31,0)
	Pior	67	(29,6)	19	(19,0)	86	(26,4)
ES (VAS)	0-25	9	(4,0)	0	(0,0)	9	(2,8)
	26-50	108	(47,8)	48	(48,0)	156	(47,9)
	51-75	86	(38,1)	28	(28,0)	114	(35,0)
	76-100	23	(10,2)	24	(24,0)	47	(14,4)
	Média	54,5		60,5		56,4	
	Desvio padrão	±16,3		±18,1		±17,1	
	Mínimo	10		30		10	
	Máximo	100		100		100	

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CE – Consulta Externa; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca; ES – Estado de Saúde.

Sintetizando, a caracterização da amostra em termos de ES, medido pelo EQ-5D, pode-se dizer que os dois locais de intervenção foram diferentes nas dimensões mobilidade (M) e atividades habituais (AH). Na CE verificou-se que a maioria dos doentes com IC tinha problemas em andar (79,6%) e tinham alguns problemas em desempenhar as suas AH (43,8%), enquanto na CIC a maioria não tinha problemas em andar (53,0%), nem em desempenhar as suas AH (56,0%).

Nas restantes dimensões o ES, medido pelo EQ-5D, nos dois locais de intervenção foi idêntico. Em ambos, a maioria dos doentes com IC não tinha problemas nos cuidados pessoais (CE=60,2%; CIC=73,0%), não tinha dores ou mal-estar (D/M) (CE=58,0%; CIC=74,0%) e estavam moderadamente ansiosos ou deprimidos (A/D) (CE=44,2%; CIC=42,0%).

Os doentes referiram ainda que tinham um ES melhor em comparação com o dos últimos 12 meses (CE=36,3%; CIC=57,0%).

Em relação à caracterização do ES, medido pela VAS, verificou-se que nos dois locais de intervenção, apesar de a maioria ter classificado o ES no intervalo de 26-50 (CE=47,8%; CIC=48,0%), existem cerca de 4,0% de doentes da CE que classificaram o seu ES no pior intervalo, de 0-25, enquanto na CIC nenhum doente o assinalou.

A média da classificação do ES na CE foi de 54,5 e com um desvio padrão de $\pm 16,3$ e a média na CIC foi de 60,5 com um desvio padrão de $\pm 18,1$. O limite mínimo de classificação do ES observado foi de 10 na CE, enquanto na CIC foi de 30 e o máximo foi de 100, nos dois locais.

2.2.1.3.2 Caracterização da QV medida pelo KCCQ

A QV medida pelo KCCQ foi avaliada nas seguintes dimensões: limitação física, sintomas frequência, gravidade e estabilidade, autoeficácia, QV e limitação social. A caracterização da amostra em termos de QV, avaliada pelo KCCQ, pode ser observada nas Tabelas 9 e 10. Na tabela 9 é apresentada a percentagem válida, que indica a existência de *missings* em cada dimensão.

Tabela 9 - Caracterização da QV medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (continua).

Dimensões do KCCQ	Local de Intervenção		CE		CIC		Total da amostra	
	Frequências: absolutas/ (percentagem válida)		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Limitação Física (LF)	Vestir	Extremamente limitada	2	(0,9)	0	(0,0)	2	(0,6)
		Muito Limitada	22	(9,8)	4	(4,0)	26	(8,0)
		Moderadamente Limitada	25	(11,1)	9	(9,0)	34	(10,5)
		Ligeiramente Limitada	37	(16,4)	20	(20,0)	57	(17,5)
		Nada Limitada	139	(61,8)	67	(67,0)	206	(63,4)
	Tomar Banho	Extremamente limitada	3	(1,3)	2	(2,0)	5	(1,5)
		Muito Limitada	22	(9,8)	2	(2,0)	24	(7,4)
		Moderadamente Limitada	25	(11,1)	7	(7,0)	32	(9,8)
		Ligeiramente Limitada	30	(13,3)	18	(18,0)	48	(14,8)
		Nada Limitada	145	(64,4)	71	(71,0)	216	(66,5)
	Andar em Plano	Extremamente limitada	35	(16,0)	5	(5,1)	40	(12,6)
		Muito Limitada	17	(7,8)	5	(5,1)	22	(6,9)
		Moderadamente Limitada	36	(16,4)	14	(14,3)	50	(15,8)
		Ligeiramente Limitada	28	(12,8)	18	(18,4)	46	(14,5)
		Nada Limitada	103	(47,0)	56	(57,1)	159	(50,2)
	Fazer Trabalhos Pesados	Extremamente limitada	42	(44,2)	16	(20,3)	58	(33,3)
		Muito Limitada	3	(3,2)	10	(12,7)	13	(7,5)
		Moderadamente Limitada	23	(24,2)	21	(26,6)	44	(25,3)
		Ligeiramente Limitada	8	(8,4)	13	(16,5)	21	(12,1)
		Nada Limitada	19	(20,0)	19	(24,1)	38	(21,8)
	Subir Escadas	Extremamente limitada	78	(38,6)	17	(18,5)	95	(32,3)
		Muito Limitada	18	(8,9)	7	(7,6)	25	(8,5)
		Moderadamente Limitada	34	(16,8)	24	(26,1)	58	(19,7)
		Ligeiramente Limitada	11	(5,4)	15	(16,3)	26	(8,8)
		Nada Limitada	61	(30,2)	29	(31,5)	90	(30,6)
	Andar Depressa	Extremamente limitada	46	(48,4)	15	(22,7)	61	(37,9)
		Muito Limitada	6	(6,3)	11	(16,7)	17	(10,6)
		Moderadamente Limitada	20	(21,1)	20	(30,3)	40	(24,8)
		Ligeiramente Limitada	11	(11,6)	11	(16,7)	22	(13,7)
		Nada Limitada	12	(12,6)	9	(13,6)	21	(13,0)
Sintomas Frequência (S)	Frequência de Edemas	Todas as Manhãs	40	(85,1)	2	(33,3)	42	(79,2)
		2-3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias	4	(8,5)	1	(16,7)	5	(9,4)
		1-2 vezes por semana	1	(2,1)	2	(33,3)	3	(5,7)
		Menos que 1 vez por semana	2	(4,3)	1	(16,7)	3	(5,7)

Continuação da Tabela 9 - Caracterização da QV medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (continuação).

Dimensões do KCCQ	Local de Intervenção		CE		CIC		Total da amostra	
	Frequências: absolutas/ (percentagem válida)		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sintomas Frequência (S)	Frequência do Cansaço	Sempre	21	(10,3)	7	(11,1)	28	(10,5)
		Diversas vezes por dia	63	(31,0)	5	(7,9)	68	(25,6)
		Pelo menos uma vez por dia	29	(14,3)	14	(22,2)	43	(16,2)
		3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias	36	(17,7)	7	(11,1)	43	(16,2)
		1 – 2 vezes por semana	20	(9,9)	16	(25,4)	36	(13,5)
		Menos que uma vez por semana	34	(16,7)	14	(22,2)	48	(18,0)
	Frequência da Dispneia	Sempre	3	(3,9)	3	(8,8)	6	(5,5)
		Diversas vezes por dia	29	(38,2)	3	(8,8)	32	(29,1)
		Pelo menos uma vez por dia	15	(19,7)	7	(20,6)	22	(20,0)
		3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias	20	(26,3)	9	(26,5)	29	(26,4)
		1 – 2 vezes por semana	6	(7,9)	7	(20,6)	13	(11,8)
		Menos que uma vez por semana	3	(3,9)	5	(14,7)	8	(7,3)
	Ortopneia	Todas as Noites	30	(69,8)	5	(14,7)	35	(62,5)
		3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias	7	(16,3)	3	(3,0)	10	(17,9)
		1 – 2 vezes por semana	4	(9,3)	4	(4,0)	8	(14,3)
		Menos que uma vez por semana	2	(4,7)	1	(1,0)	3	(5,4)
Sintomas Gravidade (S)	Incômodo dos Edemas	Extremamente Incomodativo	22	(46,8)	0	(0,0)	22	(40,7)
		Muito Incomodativo	4	(8,5)	1	(14,3)	5	(9,3)
		Moderadamente Incomodativo	7	(14,9)	3	(42,9)	10	(18,5)
		Um pouco Incomodativo	6	(12,8)	2	(28,6)	8	(14,8)
		Nada Incomodativo	8	(17,0)	1	(14,3)	9	(16,7)
	Incômodo do Cansaço	Extremamente Incomodativo	67	(33,3)	11	(17,5)	78	(29,5)
		Muito Incomodativo	36	(17,9)	10	(15,9)	46	(17,4)
		Moderadamente Incomodativo	38	(18,9)	17	(27,0)	55	(20,8)
		Um pouco Incomodativo	42	(20,9)	17	(27,0)	59	(22,3)
		Nada Incomodativo	18	(9,0)	8	(12,7)	26	(9,8)

Continuação da Tabela 9 - Caracterização da QV medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (conclusão).

Dimensões do KCCQ	Local de Intervenção		CE		CIC		Total da amostra	
	Frequências: absolutas/ (percentagem válida)		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Sintomas Gravidade (S)	Incômodo da Dispneia	Extremamente Incomodativo	46	(20,4)	5	(14,7)	51	(46,4)
		Muito Incomodativo	18	(8,0)	8	(23,5)	26	(23,6)
		Moderadamente Incomodativo	7	(3,1)	11	(32,4)	18	(16,4)
		Um pouco Incomodativo	3	(1,3)	6	(17,6)	9	(8,2)
		Nada Incomodativo	2	(0,9)	4	(11,8)	6	(5,5)
Estabilidade dos Sintomas (S)	Sintomas da IC	Piorado Muito	19	(9,0)	1	(1,4)	20	(7,0)
		Piorado Pouco	17	(8,0)	9	(12,3)	26	(9,1)
		Iguais	160	(75,5)	47	(64,4)	207	(72,6)
		Melhorado Muito	10	(4,7)	12	(16,4)	22	(7,7)
		Melhorado Pouco	6	(2,8)	4	(5,5)	10	(3,5)
Autoeficácia (AE)	Assistência	Não sabe	9	(4,5)	0	(0,0)	9	(3,8)
		Não tem a certeza	21	(10,5)	2	(5,6)	23	(9,7)
		Tem mais ou menos a certeza	113	(56,5)	5	(13,9)	118	(50,0)
		Alguma certeza	57	(28,5)	29	(80,6)	86	(36,4)
	Autocuidado	Não percebe nada	16	(7,2)	0	(0,0)	16	(5,7)
		Não percebe muito bem	60	(26,9)	1	(1,8)	61	(21,8)
		Percebe mais ou menos	102	(45,7)	15	(26,3)	117	(41,8)
		Percebe bem	45	(20,2)	41	(71,9)	86	(30,7)
QV	Limitação	Tem limitado extremamente	52	(26,9)	9	(12,7)	61	(23,1)
		Tem limitado muito	42	(21,8)	12	(16,9)	54	(20,5)
		Tem limitado moderadamente	46	(23,8)	18	(25,4)	64	(24,2)
		Tem limitado pouco	53	(27,5)	32	(45,1)	85	(32,2)
	Satisfação	Nem um pouco satisfeito	14	(6,5)	3	(3,6)	17	(5,7)
		Muito satisfeito	29	(13,4)	7	(8,4)	36	(12,0)
		Um pouco insatisfeito	59	(27,3)	19	(22,9)	78	(26,2)
		Satisfeito	114	(52,8)	54	(65,1)	168	(56,2)
	Desânimo	Sente-se assim sempre	37	(25,3)	4	(5,7)	41	(19,0)
		Sente-se assim quase sempre	42	(28,8)	16	(22,9)	58	(26,9)
		Sente-se assim às vezes	58	(39,7)	32	(45,7)	90	(41,7)
		Sente-se assim raramente	9	(6,2)	18	(25,7)	27	(12,5)

Conclusão da Tabela 9 - Caracterização da QV medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (conclusão).

Dimensões do KCCQ	Local de Intervenção		CE		CIC		Total da amostra	
	Frequências: absolutas/ (percentagem válida)		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Limitação Social (LS)	Passatempos	Extremamente Limitada	1	(0,5)	2	(2,1)	3	(1,0)
		Muito Limitada	9	(4,3)	3	(3,2)	12	(4,0)
		Moderadamente Limitada	18	(8,7)	8	(8,4)	26	(8,6)
		Ligeiramente Limitada	9	(4,3)	19	(20,0)	28	(9,3)
		Nada Limitada	170	(82,1)	63	(66,3)	223	(77,2)
	Trabalhar	Extremamente Limitada	34	(17,3)	7	(7,3)	41	(14,0)
		Muito Limitada	15	(7,7)	5	(5,2)	20	(6,8)
		Moderadamente Limitada	70	(35,7)	23	(24,0)	93	(31,8)
		Ligeiramente Limitada	23	(11,7)	24	(25,0)	47	(16,1)
		Nada Limitada	54	(27,6)	37	(38,5)	91	(31,2)
	Visitar a Família e Amigos	Extremamente Limitada	9	(5,1)	3	(3,2)	12	(4,4)
		Muito Limitada	4	(2,2)	3	(3,2)	7	(2,6)
		Moderadamente Limitada	5	(2,8)	7	(7,4)	12	(4,4)
		Ligeiramente Limitada	6	(3,4)	12	(12,8)	18	(6,6)
		Nada Limitada	154	(86,5)	69	(73,4)	223	(82,0)
	Relações Intimas	Extremamente Limitada	18	(12,9)	6	(7,3)	24	(10,9)
		Muito Limitada	8	(5,8)	4	(4,9)	12	(5,4)
		Moderadamente Limitada	37	(26,6)	17	(20,7)	54	(24,4)
		Ligeiramente Limitada	16	(11,5)	10	(12,2)	26	(11,8)
		Nada Limitada	60	(43,2)	45	(54,9)	105	(47,5)

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CE – Consulta Externa; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca; QV – Qualidade de Vida.

Resumindo a caracterização da amostra em termos de QV, medida pelo KCCQ, pode-se dizer que os locais de intervenção diferem em termos de:

- limitação física (LF), nas atividades de vida diária: fazer trabalhos pesados, subir escadas e andar depressa;
- sintomas (S), a nível de frequência do cansaço e da dispneia, e a nível de incómodo dos edemas, do cansaço e da dispneia;
- autoeficácia (AE), a nível da perceção do doente em pedir assistência e a nível da sua capacidade de autocuidado para evitar o agravamento dos sintomas;
- limitação social (LS), a nível do seu estilo de vida no trabalho.

Assim, em termos de limitação física na CE verificou-se que a maioria dos doentes com IC apresentavam LF extremas em fazer trabalhos pesados (44,2%), a subir escadas (38,6%) e no andar depressa (48,4%). Enquanto, na CIC, a maioria dos doentes com IC tinha LF moderada em fazer

trabalhos pesados (26,6%) e em andar depressa (30,3%), mas não sentia LF ao subir escadas (31,5%),

Nos S, a maioria dos doentes da CE tinha diversas vezes por dia cansaço (31,0%) e dispneia (38,2%); e sentia um incómodo extremo nos edemas (46,8%), no cansaço (33,3%) e na dispneia (20,4%). Enquanto na CIC, a maioria dos doentes apresentava cansaço 1-2 vezes por semana (25,4%), dispneia 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias (26,5%); e sentia moderado incómodo nos edemas (42,9%) e na dispneia (32,4%); e moderado (27,0%) ou pouco incómodo (27,0%) no cansaço.

Em relação à AE na CE, a maioria dos doentes tinha mais ou menos a certeza quanto à sua assistência (56,0%) e percebia mais ou menos o autocuidado (45,7%). Enquanto na CIC, a maioria dos doentes percebia bem o autocuidado (71,9%) e tinha alguma certeza quanto à sua assistência (80,6%).

No que diz respeito à LS, a maioria dos doentes da CE apresentava-se moderadamente limitada no trabalho (35,7%). Enquanto na CIC, a maioria dos doentes não tinha LS no trabalhar (38,5%).

Nas restantes dimensões a QV, medida pelo KCCQ, foi idêntica nos dois locais de intervenção em termos de:

- LF, nas atividades de vida diária: vestir, tomar banho e andar em terreno plano;
- S, a nível de frequência dos edemas e da ortopneia; e a nível da estabilidade dos sintomas;
- percepção da QV, a nível do seu gosto em viver ou o desânimo em relação à sua doença cardíaca;
- LS, a nível do seu estilo de vida nos passatempos, em visitar a família e amigos e nas relações íntimas.

Assim, em ambos os locais de intervenção foi verificado que a maioria não tinha LF no vestir (CE=61,8%; CIC=67,0%), no tomar banho (CE=64,4%; CIC=71,0%) e em andar em terreno plano (CE=47,0%; CIC=57,1%).

Nos S, a maioria dos doentes apresentava edemas todas as manhãs (85,1%) na CE e todas as manhãs (33,3%) ou 1-2 vezes por semana (33,3%) na CIC; e a presença de ortopneia todas as noites (CE=69,8%; CIC=14,7%). A estabilidade dos sintomas mantinha-se igual (CE=75,5%; CIC=64,4%).

Em relação à dimensão QV, a maioria dos doentes sentia-se pouco limitada pela IC na CIC (45,1%) e na CE com valores contraditórios, mas próximos, de pouco limitada (27,5%) e extremamente limitada pela IC (26,9%). A maioria, apesar de satisfeita com o seu ES (CE=52,8%; CIC=65,1%), sentia-se às vezes desanimada (CE=39,7%; CIC=45,7%).

No que diz respeito à LS, a maioria dos doentes não apresentava limitações nos passatempos (CE=82,1%; CIC=66,3%), em visitar a família e amigos (CE=86,5%; CIC=73,4%) e nas relações íntimas (CE=43,2%; CIC=54,9%).

A caracterização da QV nas diferentes dimensões é apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 - Medidas de tendência central e de dispersão das dimensões de QV, medidas pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).

		Limitação Física (LF)	Sintomas (S)	QV	Autoeficácia (AE)	Limitação Social (LS)
Média (%)	CE	62,5	65,3	53,8	51,6	73,8
	CIC	71,5	79,1	65,8	85,1	78,8
	Amostra Total	65,2	69,5	57,5	61,9	75,4
Desvio Padrão (%)	CE	±27,7	±24,9	±27,2	±19,8	±27,9
	CIC	±25,2	±20,4	±23,4	±16,5	±26,3
	Amostra Total	±27,2	±24,4	±26,7	±24,4	±27,4
Mínimo	CE	0	0	0	0	0
	CIC	6	5	0	25	0
	Amostra Total	0	0	0	0	0
Máximo	CE	100	100	100	100	100
	CIC	100	100	100	100	100
	Amostra Total	100	100	100	100	100

Legenda: A negrito encontram-se os valores com maior frequência. CE – Consulta Externa; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca.

Em termos gerais verificou-se que na CIC a média de QV, em todas as dimensões, era maior do que na CE.

Por um lado, a dimensão onde existia maior média de QV na CE era a da LS (73,8%) com um desvio padrão de ±27,9%, enquanto na CIC era a dimensão da AE (85,1%) com um desvio padrão ±16,5%.

Por outro lado, a dimensão onde existia menor média de QV na CE era na dimensão AE (51,6%) com um desvio padrão de ±19,8%, enquanto na CIC era a dimensão da QV (65,8%) com um desvio padrão de ±23,4%.

A amplitude das cinco dimensões variava entre o mínimo 0 na CE e o mínimo 25 na CIC, e o máximo de 100 nos dois locais de intervenção.

Resumindo a caracterização da amostra pode-se verificar que a CIC, em relação à CE, tinha doentes: mais jovens, com maior percentagem de IC de etiologia por drogas ou tóxicos e com FE ≤35%, com menores problemas no andar e em desempenhar as AH, com menor LF, sintomatologia e LS e com maior AE.

Depois de caracterizada a amostra e conhecidas as limitações na QV dos doentes com IC do CHTS torna-se importante saber quais os fatores que influenciam o ES e a QV destes doentes.

2.2.2 Relação do ES e da QV com as Características Individuais (sociodemográficas e clínicas) e com o Local de Intervenção

Nesta parte é descrita a relação do ES (medido pelo EQ-5D e pela VAS) e da QV (medida pelo KCCQ) com as características individuais (sociodemográficas, clínicas) e com o local de intervenção.

2.2.2.1 Relação do ES e da QV com as Variáveis Sociodemográficas

A relação entre o ES, medido pelo EQ-5D, e as variáveis sociodemográficas encontra-se na Tabela 11.

Tabela 11 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e as variáveis sociodemográficas.

EQ-5D	Mobilidade (M)		Cuidados Pessoais (CP)		Atividades Habituais (AH)		Dor/ Mal-estar (D/M)		Ansiedade/ Depressão (A/D)	
	χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p
Gênero	2,008 χ^2	0,156	28,191 χ^2	0,000	21,703 χ^2	0,000	17,747 χ^2	0,000	11,010 χ^2	0,004
Grupo Etário	28,497 χ^2	0,000	32,204 χ^2	0,000	36,139 χ^2	0,000	2,322 χ^2	0,508	6,167 χ^2	0,405
Estado Civil	0,264 χ^2	0,608	11,087 χ^2	0,004	1,952 χ^2	0,377	0,452 χ^2	0,798	0,274 χ^2	0,872
Nível de Instrução	21,516 ^F	0,000	23,095 ^F	0,000	13,844 ^F	0,002	9,785 ^F	0,016	1,107 ^F	0,784
Área de Residência	0,821 χ^2	0,365	3,927 χ^2	0,140	3,758 χ^2	0,153	2,464 χ^2	0,292	0,889 χ^2	0,641
Apoio Familiar	0,006 ^t	0,940	1,361 χ^2	0,243	2,312 χ^2	0,315	6,349 χ^2	0,042	^t	1,000
Apoio dos Amigos	0,095 χ^2	0,758	6,313 χ^2	0,043	1,180 χ^2	0,554	3,171 χ^2	0,205	3,256 χ^2	0,196
Condições Económicas	5,189 χ^2	0,023	16,778 χ^2	0,000	14,084 χ^2	0,001	5,167 χ^2	0,076	12,519 χ^2	0,002

Legenda: χ^2 - Teste Qui-quadrado da Independência; F – Teste de Fisher; p – valor prova; A negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas p<0,05, p<0,01 e p<0,001.

Em relação ao género, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões cuidados pessoais (CP), AH e D/M com p<0,001 e na A/D com p<0,01.

Os doentes do género feminino são os que apresentam maior incapacidade nos CP e nas AH e extrema D/M e A/D. Enquanto, os do género masculino são os que apresentam maior ausência de limitações nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Quanto ao grupo etário, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M, CP e AH com p<0,001.

Os doentes com idades compreendidas entre os 31-64 anos são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, e nas AH. Contrariamente, os que têm idade superior a 65 anos são os que apresentam maior presença de problemas na M, nos CP e nas AH.

Relativamente ao estado civil, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, somente na dimensão dos CP com $p < 0,01$.

Os doentes com o estado civil solteiro, divorciado, separado ou viúvo são os que apresentam, nos CP, maior presença de limitações e os casados ou em união de facto são os que apresentam maior ausência de limitações nos CP.

No nível de instrução, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M e CP com $p < 0,001$, AH com $p < 0,01$ e D/M com $p < 0,05$.

Os doentes com nível de instrução superior ao 12º ano são os que apresentam maior ausência de limitações na M. Por outro lado, os doentes com nível de instrução inferior à 4ª classe são os que apresentam maior presença de limitações na M. E ainda, os doentes que não sabem ler nem escrever são os que apresentam maior presença de limitações nos CP; nas AH e na D/M.

Em relação à área de residência, pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D.

Quanto ao apoio familiar, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, somente na dimensão D/M com $p < 0,05$.

Os doentes que não têm apoio familiar são os que apresentam maior presença de D/M extrema, enquanto os que têm apoio familiar são os que apresentam maior presença de D/M moderada.

Quanto ao apoio dos amigos, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, somente na dimensão CP com $p < 0,05$.

Os doentes que não têm apoio dos amigos são os que apresentam maior presença de alguns problemas a lavar-se ou vestir-se sozinhos. Contrariamente, os que têm apoio dos amigos são os que apresentam maior ausência de problemas nos CP.

Relativamente às condições económicas mínimas para o tratamento da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões CP com $p < 0,001$, AH e A/D com $p < 0,01$ e M com $p < 0,05$.

Os doentes que não têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam maior presença de limitações na M, maior incapacidade nos CP e nas AH, e ainda A/D extrema. E os doentes que têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, e na A/D.

Tabela 12 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com as variáveis sociodemográficas.

KCCQ	Limitação Física (LF)		Sintomas (S)		Autoeficácia (AE)		QV		Limitação Social (LS)		VAS	
	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p
Gênero	4,145 ^t	0,000	3,578 ^t	0,001	1,419 ^t	0,157	4,045 ^t	0,000	2,327 ^t	0,021	1,988 ^t	0,048
Grupo Etário	7,540 ^F	0,000	5,644 ^F	0,001	40,137 ^H	0,000	1,482 ^F	0,219	1,142 ^F	0,332	10,963 ^H	0,012
Estado Civil	-3,110 ^t	0,002	-1,532 ^t	0,126	2,193 ^t	0,029	-0,710 ^t	0,478	-0,634 ^t	0,526	-1,497 ^t	0,135
Nível de Instrução	13,454 ^F	0,000	27,365 ^H	0,000	13,845 ^F	0,000	6,184 ^F	0,000	9,942 ^H	0,019	2,547 ^F	0,056
Área de Residência	2,755 ^t	0,006	2,905 ^t	0,005	1,425 ^t	0,155	2,042 ^t	0,042	1,605 ^t	0,109	0,935 ^t	0,350
Apoio Familiar	0,823 ^t	0,411	1,044 ^t	0,297	0,306 ^t	0,760	0,366 ^t	0,715	1,514 ^t	0,151	-1,159 ^t	0,247
Apoio dos Amigos	1,071 ^t	0,285	1,953 ^t	0,064	0,354 ^t	0,727	1,515 ^t	0,144	2,508 ^t	0,020	0,176 ^t	0,860
Condições Económicas	3,330 ^t	0,001	4,030 ^t	0,000	3,690 ^t	0,000	5,721 ^t	0,000	3,763 ^t	0,000	1,988 ^t	0,048

Legenda: t - Teste t Student; F – ANOVA; H – Teste Kruskal Wallis; p – valor prova; A negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas p<0,05, p<0,01 e p<0,001.

Na Tabela 12 anterior encontra-se a relação da QV (medida pelo KCCQ) e do ES (medido pela VAS) com as variáveis sociodemográficas.

Em relação ao género, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, nas dimensões LF e QV com $p<0,001$, S com $p<0,01$ e LS com $p<0,05$.

Os doentes do género masculino são os que apresentam maior média de QV na LF (média (Me) =249,0; desvio padrão (Dp) =±68,9), nos S (Me=72,4; Dp=±23,1), na QV (Me=60,7; Dp=±26,7) e na LS (Me=77,3; Dp=±26,6). Enquanto, os do género feminino são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=77,0; Dp=±53,4), nos S (Me=60,4; Dp=±26,5), na QV (Me=47,0; Dp=±23,6) e na LS (Me=69,1; Dp=±29,3).

Quanto ao grupo etário, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos quatro grupos etários, é diferente, na LF com $p<0,001$ e nos S com $p<0,01$.

Os doentes do grupo etário 31-54 anos são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=71,7; Dp=±25,5) e os do grupo etário 55-64 anos são os que apresentam maior média de QV nos S (Me=75,2; Dp=±22,5). Contrariamente, os doentes do grupo etário 75-100 anos são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=54,3; Dp=±27,9) e os do grupo etário 65-100 anos são os que apresentam menor média de QV nos S (Me=65,2; Dp=±24,3).

E, ainda existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das distribuições das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos quatro grupos etários, é diferente, na AE com $p<0,001$.

Os doentes do grupo etário 55-64 anos são os que apresentam maior média das ordenações, o que indicia maior QV na AE e os do grupo etário 75-100 anos são os que apresentam menor média das ordenações, o que indicia menor QV na AE.

Relativamente ao estado civil, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LF com $p<0,01$ e na AE com $p<0,05$.

Os doentes casados ou em união de facto são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=67,9; Dp=±26,2) e na AE (Me=63,6; Dp=±23,6). E os solteiros, divorciados, separados ou viúvos são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=57,1; Dp=±28,7) e na AE (Me=56,7; Dp=±26,3).

No nível de instrução, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos quatro níveis de instrução, é diferente, nas dimensões LF, AE e QV com $p<0,001$.

Os doentes do nível de instrução ensino pós secundário e ensino superior são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=87,5; Dp=±21,7), na AE (Me=80,0; Dp=±14,3) e na QV (Me=75,0;

Dp=±26,4). Por outro lado, os doentes que não sabem ler nem escrever são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=43,3; Dp=±29,6), na AE (Me=45,8; Dp=±22,0) e na QV (Me=42,6; Dp=±29,3).

E, ainda existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das distribuições das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos quatro níveis de instrução, é diferente, nos S com $p<0,001$ e na LS com $p<0,05$.

Os doentes do nível de instrução ensino pós secundário e ensino superior são os que apresentam maior média das ordenações, o que indicia maior QV nos S e na LS; e os que não sabem ler nem escrever são os que apresentam menor média das ordenações, o que indicia menor QV nos S e na LS.

Em relação à área de residência, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LF e nos S com $p<0,01$ e na QV com $p<0,05$.

Os doentes residentes em meio urbano são os que apresentam maior média de QV na LF (Md=74,5; Dp=±25,2), nos S (Me=77,3; Dp=±20,7) e na QV (Me=64,2; Dp=±25,6). E os doentes residentes em meio rural são os que apresentam menor média de QV na LF (Md=63,4; Dp=±27,3), nos S (Me=68,0; Dp=±24,8) e na QV (Me=56,1; Dp=±26,7).

Quanto ao apoio da família, pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes.

Relativamente ao apoio dos amigos, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LS com $p<0,05$.

Os doentes que têm apoio dos amigos são os que apresentam maior média de QV na LS (Me=76,8; Dp=±26,0). Contrariamente, os que não têm apoio dos amigos são os que apresentam menor média de QV na LS (Me=55,3; Dp=±38,7).

Nas condições económicas mínimas para o tratamento da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, nas dimensões S, AE, QV e na LS com $p<0,001$ e na LF com $p<0,01$.

Os doentes que têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=68,0; Dp=±26,1), nos S (Me=72,8; Dp=±22,4), na AE (Me=64,6; Dp=±24,1), na QV (Me=62,0; Dp=±24,5) e na LS (Me=78,8; Dp=±25,2). E os doentes que não têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=56,4; Dp=±29,0), nos S (Me=58,9; Dp=±27,7), na AE (Me=53,1; Dp=±23,3), na QV (Me=43,0; Dp=±28,4) e na LS (Me=64,2; Dp=±31,2).

Em relação ao ES, medido pela VAS, verifica-se que:

- quanto ao género, existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias do ES, medidas pela VAS nos 2 grupos, são significativamente diferentes, com $p < 0,05$. Sendo os doentes do género masculino os que apresentam melhor média de ES (Me=57,4; Dp=±16,7) e os doentes do género feminino os que apresentam pior média de ES (Me=53,0; Dp=±18,0);
- E, quanto ao grupo etário, existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das distribuições do ES, medidas pela VAS nos quatro grupos etários, é diferente, com $p < 0,05$. Sendo os doentes do grupo etário 55-64 anos os que apresentam melhor média das ordenações, o que indicia melhor ES; e os doentes do grupo etário 65-74 anos são os que apresentam menor média das ordenações, o que indicia pior ES.
- E, ainda quanto às condições económicas mínimas para o tratamento da IC, existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias do ES, medidas pela VAS nos 2 grupos referentes, são significativamente diferentes com $p < 0,05$. Sendo os doentes que têm condições económicas os que apresentam melhor média de ES (Me=57,4; Dp=±17,2) e os doentes que não têm condições económicas os que apresentam pior média de ES (Me=53,0; Dp=±16,3).

Assim, perante estes resultados não se pode rejeitar hipótese 1 (H1: A avaliação da QV dos doentes com IC do CHTS é sensível aos fatores pessoais), visto que quanto ao/à:

Género

- Os doentes do género feminino são os que apresentam maior incapacidade no ES (EQ-5D), pior ES (VAS) e pior QV. Enquanto, os doentes do género masculino são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D), melhor ES (VAS) e melhor QV.

Grupo etário

- Os doentes com idades compreendidas entre os 31-64 anos são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D), melhor ES (VAS) e melhor QV. Contrariamente, os que têm idade superior a 65 anos são os que apresentam maior presença de problemas no ES (EQ-5D), pior ES (VAS) e os do grupo etário 75-100 anos são os que apresentam pior QV.

Estado civil

- Os doentes com o estado civil solteiros ou divorciados ou separados ou viúvos são que apresentam maior presença de limitações no ES e pior QV. E os casados ou em união de facto são os que apresentam maior ausência de limitações no ES e melhor QV.

Nível de instrução

- Os doentes com nível de instrução superior ao 12º ano são os que apresentam maior ausência de limitações no ES e os doentes do nível de instrução ensino pós secundário e ensino superior são os que apresentam melhor QV. Por outro lado, os doentes com nível de instrução inferior à 4ª classe são os que apresentam maior presença de limitações no ES e os que não sabem ler nem escrever são os que apresentam pior QV.

Área de residência

- Não se pode afirmar que existe associação entre a área de residência e o ES, medido pelo EQ-5D, mas, a nível de QV os doentes residentes em meio urbano são os que apresentam melhor QV e os do meio rural são os que apresentam pior QV.

Apoio familiar

- A nível do ES, os doentes que não têm apoio familiar são os que apresentam maior presença de D/M extrema, enquanto, os que têm apoio familiar são os que apresentam maior presença de D/M moderada. A nível da QV, não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes.

Apoio dos amigos

- Os doentes que não têm apoio dos amigos são os que apresentam maior presença de problemas no ES e pior QV. Contrariamente, os que têm apoio dos amigos são os que apresentam maior ausência de problemas no ES e melhor QV.

Condições económicas

- Os doentes que não têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam maior presença de limitações no ES (EQ-5D), pior ES (VAS) e pior QV. E os doentes que têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D), melhor ES (VAS) e melhor QV.

2.2.2.2 Relação do ES e da QV com as Variáveis Clínicas

A relação do ES, medido pelo EQ-5D, com as variáveis clínicas encontra-se na Tabela 13.

Tabela 13 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e as variáveis clínicas.

EQ-5D		Mobilidade (M)		Cuidados Pessoais (CP)		Atividades Habituais (AH)		Dor/ Mal-estar (D/M)		Ansiedade/ Depressão (A/D)	
		χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p	χ^2/F	p
CIC	Acessibilidade	38,117 ^{χ^2}	0,000	10,270 ^{χ^2}	0,006	11,116 ^{χ^2}	0,004	8,009 ^{χ^2}	0,018	11,955 ^{χ^2}	0,003
	Acompanhamento	38,117 ^{χ^2}	0,000	10,270 ^{χ^2}	0,006	11,116 ^{χ^2}	0,004	8,009 ^{χ^2}	0,018	11,955 ^{χ^2}	0,003
	Conhecimento	39,036 ^F	0,000	5,251 ^F	0,047	9,296 ^F	0,005	8,383 ^F	0,008	10,553 ^F	0,002
	Aceitação	38,679 ^F	0,000	5,158 ^F	0,070	8,862 ^F	0,008	9,954 ^F	0,004	13,618 ^F	0,001
	Autocuidado	38,763 ^F	0,000	7,228 ^F	0,015	9,290 ^F	0,004	8,371 ^F	0,009	10,104 ^F	0,003
	Adesão	39,277 ^F	0,000	7,240 ^F	0,014	9,779 ^F	0,003	8,383 ^F	0,007	10,553 ^F	0,002
Tipo de Intervenção Tratamento	Vigilância	39,277 ^F	0,000	7,240 ^F	0,014	9,779 ^F	0,005	8,383 ^F	0,006	10,553 ^F	0,003
	PMD	0,257 ^F	0,612	0,379 ^{χ^2}	0,538	0,830 ^{χ^2}	0,660	0,520 ^{χ^2}	0,771	1,459 ^F	0,227
	CDI	0,018 ^{χ^2}	0,892	0,236 ^{χ^2}	0,627	0,180 ^{χ^2}	0,914	3,542 ^{χ^2}	0,170	1,333 ^{χ^2}	0,514
	TRC	2,919 ^F	0,088	0,077 ^F	0,782	0,511 ^F	0,475	^F 1,000	1,000	0,807 ^F	0,369
	Cirurgia Valvular	0,340 ^{χ^2}	0,560	2,259 ^{χ^2}	0,323	1,397 ^{χ^2}	0,497	2,173 ^{χ^2}	0,337	0,582 ^{χ^2}	0,748
	CRM	0,016 ^{χ^2}	0,898	3,389 ^{χ^2}	0,184	5,378 ^{χ^2}	0,068	2,898 ^{χ^2}	0,235	5,079 ^{χ^2}	0,082
	PTCA	1,097 ^{χ^2}	0,237	5,052 ^{χ^2}	0,080	2,654 ^{χ^2}	0,265	1,137 ^{χ^2}	0,566	5,429 ^{χ^2}	0,066
	CIC	38,117 ^{χ^2}	0,000	10,270 ^{χ^2}	0,006	11,116 ^{χ^2}	0,004	8,009 ^{χ^2}	0,018	11,955 ^{χ^2}	0,003
Etiologia da IC	Outros	^F 1,000	1,000	0,087 ^F	0,768	^F 1,000	1,000	0,068 ^F	0,795	^F 1,000	1,000
	Isquêmica	4,561 ^{χ^2}	0,024	0,529 ^{χ^2}	0,768	0,085 ^{χ^2}	0,958	1,319 ^{χ^2}	0,517	1,433 ^{χ^2}	0,488
	Hipertensiva	0,635 ^t	0,425	3,116 ^{χ^2}	0,078	0,553 ^{χ^2}	0,759	1,013 ^{χ^2}	0,603	0,694 ^{χ^2}	0,707
	Valvular	0,004 ^{χ^2}	0,951	4,466 ^{χ^2}	0,107	2,128 ^{χ^2}	0,345	2,024 ^{χ^2}	0,363	0,730 ^{χ^2}	0,694
	Idiopática	0,820 ^{χ^2}	0,365	0,445 ^{χ^2}	0,800	0,284 ^{χ^2}	0,868	1,291 ^{χ^2}	0,524	1,599 ^{χ^2}	0,450
	Drogas e Tóxicos	3,986 ^{χ^2}	0,046	3,469 ^{χ^2}	0,176	7,251 ^t	0,027	3,162 ^{χ^2}	0,206	1,619 ^{χ^2}	0,445
Classificação funcional NYHA		90,258 ^F	0,000	230,679 ^F	0,000	100,529 ^F	0,000	52,169 ^F	0,000	22,772 ^F	0,000
FE		0,147 ^{χ^2}	0,701	4,395 ^{χ^2}	0,111	5,629 ^{χ^2}	0,060	5,011 ^{χ^2}	0,082	3,612 ^{χ^2}	0,164

Legenda: χ^2 - Teste Qui-quadrado da Independência; F – Teste de Fisher; p – valor prova; A negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas p<0,05, p<0,01 e p<0,001; CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca; CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; FE – Fração de Ejeção; IC – Insuficiência Cardíaca; NYHA - New York Heart Association; PMD – Pacemaker Definitivo; PTCA – Angioplastia Coronária Percutânea; TRC - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca.

Em relação à intervenção da CIC, em termos de acessibilidade ao serviço de saúde, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M com $p < 0,001$, CP, AH e A/D com $p < 0,01$ e na D/M com $p < 0,05$.

Os doentes que tem maior acessibilidade, pelo facto de pertencerem à CIC, são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Enquanto, os que não pertencem à CIC apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Quanto à intervenção da CIC, em termos de acompanhamento em consultas periódicas a nível Médico e de Enfermagem, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M com $p < 0,001$, CP, AH e A/D com $p < 0,01$ e na D/M com $p < 0,05$.

Os doentes que tem maior acompanhamento, pelo facto de pertencerem à CIC, são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Contrariamente, os que não pertencem à CIC apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Relativamente à intervenção da CIC, em termos de conhecimento e controle da doença, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M com $p < 0,001$, AH, D/M e A/D com $p < 0,01$ e nos CP com $p < 0,05$.

Os doentes que tem maior conhecimento, pelo facto de pertencerem à CIC, são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. E os que não pertencem à CIC são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Na intervenção da CIC, em termos de aceitação da gravidade da doença, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, nas dimensões M com $p < 0,001$, AH, D/M e A/D com $p < 0,01$.

Os doentes que estão na CIC e que aceitam a gravidade da doença são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nas AH, na D/M e na A/D. Por outro lado, os doentes que não estão na CIC são os que apresentam maior presença de limitações na M, nas AH, na D/M e na A/D.

Em relação à intervenção da CIC, em termos de capacidade para o autocuidado para controlar a IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,001$, nas AH, na D/M e na A/D com $p < 0,01$ e nos CP com $p < 0,05$.

Os doentes que estão na CIC e que tem maior autocuidado são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Enquanto, os doentes que não estão na CIC são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Quanto à intervenção da CIC, em termos de adesão à medicação, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,001$, nas AH, na D/M e na A/D com $p < 0,01$ e nos CP com $p < 0,05$.

Os doentes que estão na CIC e que cumprem a medicação são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Contrariamente, os que não pertencem à CIC ou que não cumprem a medicação são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Relativamente à intervenção da CIC, em termos de vigilância dos sinais e sintomas de descompensação da doença, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,001$, nas AH, na D/M e na A/D com $p < 0,01$ e nos CP com $p < 0,05$.

Os doentes pertencem à CIC e que são auto vigilantes dos sinais e sintomas de descompensação são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. E os que não pertencem à CIC, ou que não são auto vigilantes são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Tanto no tipo de intervenção de tratamento com PMD, CDI, TRC, cirurgia valvular, CRM, como por PTCA ou outros tipos de intervenção pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D.

Na CIC, como tipo de intervenção de tratamento, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,001$, nos CP, nas AH e na A/D com $p < 0,01$ e nos na D/M com $p < 0,05$.

Os doentes da CIC são os que apresentam maior ausência de limitações, em todas as dimensões. Contrariamente, os da CE são os que apresentam maior presença de limitações, em todas as dimensões.

Em relação à etiologia isquémica da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,05$.

Os doentes com etiologia isquémica são os que apresentam maior presença de limitações na M e os que não apresentam etiologia isquémica são os que apresentam maior ausência de limitações na M.

Tanto na etiologia hipertensiva, como na valvular, como na idiopática ou outra etiologia pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D.

Quanto à IC com etiologia de drogas ou tóxicos, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D, na M e nas AH com $p < 0,05$.

Os doentes com IC com etiologia de drogas ou tóxicos são os que apresentam maior ausência de limitações na M e nas AH. Por outro lado, os doentes sem etiologia drogas ou tóxicos são os que apresentam maior presença de limitações na M e nas AH.

Relativamente à classificação funcional NYHA, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, em todas as dimensões com $p < 0,001$.

Os doentes em classe I e II da NYHA são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Enquanto, os doentes em classe III e IV da NYHA são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

Na FE, pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D.

A relação da QV (medida pelo KCCQ) e do ES (medido pela VAS) com as variáveis clínicas encontra-se na Tabela 14.

Tabela 14 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com as variáveis clínicas.

KCCQ		Limitação Física (LF)		Sintomas (S)		Autoeficácia (AE)		QV		Limitação Social (LS)		VAS	
		t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p	t/F/H	p
CIC	Aceitação	2,266 ^t	0,026	1,022 ^t	0,309	2,226 ^t	0,028	1,102 ^t	0,273	3,529 ^t	0,001	1,719 ^t	0,089
	Autocuidado	-0,827 ^t	0,410	-0,761 ^t	0,448	4,008 ^t	0,000	-0,904 ^t	0,368	0,453 ^t	0,695	0,696 ^t	0,488
Tipo de Intervenção Tratamento	PMD	-0,346 ^t	0,730	0,430 ^t	0,667	-1,119 ^t	0,264	0,790 ^t	0,430	0,830 ^t	0,407	0,693 ^t	0,489
	CDI	0,790 ^t	0,430	1,123 ^t	0,262	1,604 ^t	0,110	-0,388 ^t	0,698	-0,591 ^t	0,555	-0,629 ^t	0,530
	TRC	-0,561 ^t	0,575	0,194 ^t	0,846	3,235 ^t	0,001	0,428	0,669	-0,826 ^t	0,410	1,092 ^t	0,310
	Cirurgia Valvular	2,057 ^t	0,040	0,805 ^t	0,421	-0,063 ^t	0,950	-0,067 ^t	0,947	0,736 ^t	0,462	0,373 ^t	0,710
	CRM	1,681 ^t	0,094	2,282 ^t	0,026	0,429 ^t	0,669	2,600 ^t	0,012	1,970 ^t	0,050	1,248 ^t	0,213
	PTCA	1,623 ^t	0,105	1,238 ^t	0,216	0,316 ^t	0,752	0,642 ^t	0,522	1,073 ^t	0,284	0,022 ^t	0,982
	CIC	2,777 ^t	0,006	5,236 ^t	0,000	14,768 ^t	0,000	4,040 ^t	0,000	1,521 ^t	0,129	2,842 ^t	0,005
Etiologia da IC	Isquêmica	0,917 ^t	0,360	0,195 ^t	0,846	-1,824 ^t	0,069	0,678 ^t	0,498	0,696 ^t	0,487	0,087 ^t	0,930
	Hipertensiva	-1,293 ^t	0,197	-0,145 ^t	0,885	2,421 ^t	0,016	-0,718 ^t	0,473	-0,718 ^t	0,473	-0,262 ^t	0,794
	Valvular	-0,634 ^t	0,528	-1,346 ^t	0,182	-1,484 ^t	0,139	-2,118 ^t	0,035	-1,217 ^t	0,225	-0,882 ^t	0,378
	Idiopática	-0,942 ^t	0,347	0,280 ^t	0,780	3,035 ^t	0,003	-0,634 ^t	0,526	-0,015 ^t	0,988	0,186 ^t	0,853
	Drogas e Tóxicos	2,427 ^t	0,016	1,972 ^t	0,049	0,715 ^t	0,477	1,494 ^t	0,136	1,133 ^t	0,258	0,973 ^t	0,331
	Outra	0,042 ^t	0,967	-0,045 ^t	0,964	1,330 ^t	0,185	0,595 ^t	0,552	0,248 ^t	0,804	1,255 ^t	0,210
Classificação funcional NYHA		198,968 ^H	0,000	182,884 ^H	0,000	8,553 ^t	0,000	124,173 ^H	0,000	143,221 ^H	0,000	22,371 ^t	0,000
FE		-2,607 ^t	0,010	-1,014 ^t	0,312	1,585 ^t	0,114	-1,196 ^t	0,232	-1,810 ^t	0,071	-0,852 ^t	0,395

Legenda: t - Teste t Student; F – ANOVA; H – Teste Kruskal Wallis; p – valor prova; A negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas p<0,05, p<0,01 e p<0,001; CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável; CIC – Clínica de Insuficiência Cardíaca; CRM – Cirurgia de Revascularização do Miocárdio; FE – Fração de Ejeção; IC – Insuficiência Cardíaca; NYHA - New York Heart Association; PMD – Pacemaker Definitivo; PTCA – Angioplastia Coronária Percutânea; TRC - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca.

Quanto à intervenção da CIC, em termos de aceitação da gravidade da doença por parte dos doentes, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LS com $p<0,01$, na LF e na AE com $p<0,05$.

Os doentes que tem maior aceitação, pelo facto de pertencerem à CIC, são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=72,9; Dp=±25,0), na AE (Me=86,0; Dp=±15,5) e na LS (Me=81,1; Dp=±24,4). Enquanto, os doentes da CIC que não aceitam a gravidade da doença são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=49,3; Dp=±18,7), na AE (Me=70,8; Dp=±25,8) e na LS (Me=44,1; Dp=±33,1). Relativamente à intervenção da CIC, em termos de capacidade para o autocuidado por parte dos doentes para controlar a IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na AE com $p<0,001$.

Os doentes que tem maior autocuidado, pelo facto de pertencerem à CIC, são os que apresentam maior média de QV na AE (Me=86,2; Dp=±15,3). Enquanto, os doentes da CIC que não tem autocuidado são os que apresentam menor média de QV na AE (Me=50,0; Dp=±21,7).

No tipo de intervenção de tratamento, quer seja por PMD, CDI, PTCA ou outros tipos de intervenção pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos respetivos grupos, são significativamente diferentes.

Em relação ao tratamento com TRC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na AE com $p<0,01$.

Os doentes que têm TRC são os que apresentam maior média de QV na AE (Me=89,1; Dp=±12,4) e os que não têm TRC são os que apresentam menor média de QV na AE (Me=61,2; Dp=±24,3).

Quanto à cirurgia valvular, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LF com $p<0,05$.

Os doentes que foram submetidos a cirurgia valvular são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=75,3; Dp=±24,3) e os que não foram submetidos a cirurgia valvular são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=64,3; Dp=±27,3).

Relativamente à CRM, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, nos S e na QV com $p<0,05$ e na LS com $p=0,05$.

Os doentes que foram submetidos a CRM são os que apresentam maior média de QV nos S (Me=76,3; Dp=±19,0), na QV (Me=66,3; Dp=±22,2) e na LS (Me=83,3; Dp=±20,8) e os que não foram submetidos a CRM são os que apresentam menor média de QV nos S (Me=68,6; Dp=±25,0), na QV (Me=56,2; Dp=±27,0) e na LS (Me=74,3; Dp=±28,1).

Na CIC, considerada como um tipo de intervenção de tratamento, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, nos S, na AE e na QV com $p < 0,001$ e na LF com $p < 0,01$.

Os doentes que pertencem à CIC são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=71,5; Dp=±25,2), nos S (Me=79,1; Dp=±20,4), na AE (Me=85,1; Dp=±16,5) e na QV (Me=65,8; Dp=±23,4). Contrariamente, os que não pertencem à CIC (são da CE) são os que apresentam pior média de QV na LF (Me=62,5; Dp=±27,7), nos S (Me=65,3; Dp=±24,9), na AE (Me=51,6; Dp=±19,8) e na QV (Me=53,8; Dp=±27,2).

Em relação à etiologia da IC, quer seja isquémica ou outra, pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos respetivos grupos, são significativamente diferentes.

Quanto à etiologia hipertensiva da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na AE com $p < 0,05$.

Os doentes que têm IC de etiologia hipertensiva são os que apresentam maior média de QV na AE (Me=75,7; Dp=±20,0) e os que não têm IC de etiologia hipertensiva são os que apresentam menor média de QV na AE (Me=61,1; Dp=±24,4).

Relativamente à etiologia valvular da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na dimensão da QV com $p < 0,05$.

Os doentes que não têm IC de etiologia valvular são os que apresentam maior média de QV na dimensão da QV (Me=58,9; Dp=±25,8) e os que têm IC de etiologia valvular são os que apresentam menor média de QV na dimensão da QV (Me=50,9; Dp=±29,8).

Na etiologia idiopática da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na AE com $p < 0,01$.

Os doentes que não têm IC de etiologia idiopática são os que apresentam maior média de QV na AE (Me=73,6; Dp=±25,0) e os doentes que têm IC de etiologia idiopática são os que apresentam menor média de QV na AE (Me=60,5; Dp=±24,0).

Em relação à etiologia drogas ou tóxicos da IC, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LF e nos S com $p < 0,05$.

Os doentes que têm IC de etiologia drogas ou tóxicos são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=73,0; Dp=±24,9) e nos S (Me=75,2; Dp=±25,4). Por outro lado, os doentes que não têm IC de etiologia drogas ou tóxicos são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=63,5; Dp=±27,5) e nos S (Me=68,3; Dp=±24,1).

Quanto à classificação funcional NYHA, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nas quatro classes da NYHA, é diferente, na AE com $p < 0,001$.

Os doentes em classe I da NYHA são os que apresentam maior média de QV na AE (Me=73,9; Dp=±19,0). Enquanto, os que se encontram em classe IV da NYHA são os que apresentam menor média de QV na AE (Me=37,5; Dp=±17,7).

E existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das distribuições das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nas quatro classes NYHA, é diferente, nas dimensões LF, S, QV e LS com $p < 0,001$.

Os doentes em classe I da NYHA são os que apresentam maior média das ordenações, o que indicia melhor QV na LF, nos S, na QV e na LS. E os doentes em classe IV da NYHA são os que apresentam menor média das ordenações, o que indicia pior QV na LF, nos S, na QV e na LS.

Relativamente à FE, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes, na LF com $p < 0,05$.

Os doentes que têm FE no intervalo de 36-50% são os que apresentam maior média de QV na LF (Me=69,8; Dp=±25,1) e os que têm FE no intervalo de $\leq 35\%$ são os que apresentam menor média de QV na LF (Me=62,1; Dp=±28,2).

No ES, medido pela VAS, verifica-se que:

- na CIC como tipo de intervenção de tratamento, existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias do ES, medidas pela VAS nos 2 grupos, são significativamente diferentes, com $p < 0,01$. Sendo os doentes da CIC os que apresentam melhor média de ES (Me=60,5; Dp=±18,1) e os que não pertencem à CIC (são da CE) os que apresentam pior média de ES (Me=54,5; Dp=±16,3);
- e, ainda na classificação funcional NYHA, existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que pelo menos uma das médias do ES, medidas pela VAS nas quatro classes da NYHA, é diferente, com $p < 0,001$. Sendo os doentes em classe I da NYHA os que apresentam maior média de ES (Me=70,7; Dp=±16,8) e os que se encontram em classe IV da NYHA apresentam pior média de ES (Me=35,0; Dp=±35,4).

Assim, perante estes resultados não se pode rejeitar a hipótese 2 (H2: A avaliação da QV dos doentes com IC do CHTS é sensível aos fatores clínicos), visto que quanto ao/à:

CIC

- Os doentes que pertencem à CIC e que tem maior acessibilidade aos cuidados de saúde, maior acompanhamento, maior conhecimento sobre a IC, maior aceitação da gravidade da doença, maior autocuidado, maior adesão à medicação e maior vigilância dos sinais e sintomas de descompensação são os que apresentam maior ausência de limitações no ES. E os doentes da CIC que tem maior

aceitação e maior autocuidado são os que apresentam melhor QV. Enquanto, os doentes que não pertencem à CIC são os que apresentam maior presença de limitações no ES. E os doentes da CIC que não aceitam a gravidade da doença nem têm autocuidado são os que apresentam pior QV.

Tipo de Intervenção de Tratamento

- Quer seja o tratamento com PMD, com CDI, com TRC, com cirurgia valvular, com CRM, com PTCA ou outros tipos de intervenções pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada ao ES, medido pelo EQ-5D. A nível de QV, também quer seja o tratamento com PMD, CDI, PTCA ou outros tipos de intervenções pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos respetivos grupos, são significativamente diferentes.

- No entanto, em termos de QV os doentes que têm TRC, ou que foram submetidos a cirurgia valvular ou a CRM são os que apresentam melhor QV e os doentes que não têm TRC, ou que não que foram submetidos a cirurgia valvular ou a CRM são os que apresentam pior QV.

- Os doentes da CIC são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D), melhor ES (VAS) e melhor QV. Contrariamente, os da CE são os que apresentam maior presença de limitações no ES (EQ-5D), pior ES (VAS) e pior QV.

Etiologia

- Os doentes com etiologia isquémica são os que apresentam maior presença de limitações no ES e os que não apresentam etiologia isquémica são os que apresentam maior ausência de limitações no ES. Em termos de QV, não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos respetivos grupos, são significativamente diferentes.

- Tanto na etiologia hipertensiva, como na valvular, como na idiopática, ou outra etiologia, pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associada com o ES, medido pelo EQ-5D. Mas a nível de QV os doentes que têm IC de etiologia hipertensiva, ou que não têm IC de etiologia valvular, ou que não têm IC de etiologia idiopática são os que apresentam melhor QV. E os doentes que não têm IC de etiologia hipertensiva, os que têm IC de etiologia valvular ou os que têm IC de etiologia idiopática são os que apresentam pior QV.

- Os doentes com IC com etiologia de drogas ou tóxicos são os que apresentam maior ausência de limitações no ES e melhor QV. Por outro lado, os doentes sem etiologia drogas ou tóxicos são os que apresentam maior presença de limitações no ES e pior QV.

NYHA

- Os doentes em classe I da NYHA apresentam melhor ES (VAS), e os de classe I e II da NYHA são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D) e melhor QV. Enquanto, os em classe IV apresentam pior ES (VAS), e os de classe III e IV da NYHA são os que apresentam maior presença de limitações no ES (EQ-5D) e pior QV.

FE

- Na FE pode-se verificar que não existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D. Mas em termos de QV, os doentes que têm FE no intervalo de 36-50% são os que apresentam melhor QV e os doentes que têm FE $\leq 35\%$ são os que apresentam pior QV.

2.2.2.3 Relação do ES e da QV com o Local de Intervenção

A relação entre o ES, medido pelo EQ-5D, e o local de intervenção encontra-se na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação entre o estado de saúde, medido pelo Euro Quality of Life Instrument-5D (EQ-5D), e o local de intervenção.

EQ-5D	Mobilidade (M)		Cuidados Pessoais (CP)		Atividades Habituais (AH)		Dor/ Mal-estar (D/M)		Ansiedade/ Depressão (A/D)	
	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Local de Intervenção	38,117 χ^2	0,000	10,270 χ^2	0,006	11,116 χ^2	0,004	8,009 χ^2	0,018	11,955 χ^2	0,003

Legenda: χ^2 - Teste Qui-quadrado da Independência; p – valor prova; A negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas $p < 0,05$, $p < 0,01$ e $p < 0,001$.

Em relação ao local de intervenção, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que está associado com o ES, medido pelo EQ-5D, na M com $p < 0,001$, nos CP, nas AH e na A/D com $p < 0,01$ e na D/M com $p < 0,05$.

Os doentes da CIC são os que apresentam maior ausência de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D. Enquanto, os da CE são os que apresentam maior presença de limitações na M, nos CP, nas AH, na D/M e na A/D.

A relação da QV, medida pelo KCCQ, e do ES, medido pela VAS, com o local de intervenção encontra-se na Tabela 16.

Tabela 16 - Relação da qualidade de vida (medida pelo Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) e do estado de saúde (medido pela Visual Analogue Scale - VAS) com o local de intervenção.

KCCQ	Limit. Física (LF)		Sintomas (S)		Auto-eficácia (AE)		QV		Limit. Social (LS)		VAS	
	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p
Local de Intervenção	-2,777 ^t	0,006	-5,236 ^t	0,000	1,988 ^t	0,048	-4,040 ^t	0,000	-1,521 ^t	0,129	-2,842 ^t	0,005

Legenda: t - Teste t Student; p – valor prova; a negrito encontram-se as relações estatisticamente significativas $p < 0,05$, $p < 0,01$ e $p < 0,001$.

Quanto ao local de intervenção, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias das dimensões da QV, medidas pelo KCCQ nos 2 grupos, são significativamente diferentes nos S e na QV com $p < 0,001$, na LF com $p < 0,01$ e na AE com $p < 0,05$.

A CIC é o local de intervenção onde os doentes apresentam maior média de QV na LF (Me=71,5; Dp=±25,2), nos S (Me=79,1; Dp=±20,4), na AE (Me=85,1; Dp=±16,5) e na QV (Me=65,8; Dp=±23,4). Contrariamente, a CE é o local de intervenção onde os doentes apresentam menor média de QV na LF (Me=62,5; Dp=±27,7), nos S (Me=65,3; Dp=±24,9), na AE (Me=51,6; Dp=±19,8) e na QV (Me=53,8; Dp=±27,2).

Ainda, no local de intervenção, pode-se verificar que existem evidências estatísticas suficientes, a um nível de significância de 0,05, para afirmar que as médias do ES, medidas pela VAS nos 2 grupos, são significativamente diferentes com $p < 0,01$.

A CIC é o local de intervenção onde os doentes apresentam maior média de ES (Me=60,5; Dp=±18,1). Por outro lado, a CE é o local de intervenção onde os doentes apresentam menor média de ES (Me=54,5; Dp=±16,3).

Assim, perante estes resultados não se pode rejeitar a hipótese 3 (H3: A avaliação da QV dos doentes com IC é sensível ao local de intervenção), visto que:

- Os doentes da CIC são os que apresentam maior ausência de limitações no ES (EQ-5D), melhor ES (VAS) e melhor QV. Enquanto, os da CE são os que apresentam maior presença de limitações no ES (EQ-5D), pior ES (VAS) e pior QV.

2.3 Discussão dos Resultados

No sentido de comparar os dados de estudos já efetuados anteriormente com os obtidos neste estudo são discutidos os seguintes resultados, tendo em conta as relações entre o ES e a QV com os fatores pessoais, clínicos e com o local de intervenção.

Assim, na relação do ES e da QV com os fatores pessoais pode-se verificar que:

Os doentes com IC da amostra do género feminino são os que apresentam maior incapacidade nos cuidados pessoais e nas atividades habituais e extrema dor ou mal-estar e ansiedade ou depressão, pior ES e pior QV na limitação física, nos sintomas, na qualidade de vida e na limitação social. Também, o género feminino relatou mais limitações físicas e sintomas depressivos em estudos efetuados por Clark et al. (2003), Gott et al. (2006), Littik et al. (2009), Pelegrino et al. (2011), Riedinger et al. (2001) e Zambroski et al. (2005). No entanto, estes resultados estão em desacordo com Leal et al. (2010b) quando referem que o género, por si só, não determina a QV do doente com IC. O humor depressivo é comum nos doentes com IC e, na amostra em estudo, é mais frequente no género feminino. Este surge da consciência do doente, do seu ES e da sua necessidade de dependência de outros, devido aos sintomas e à limitação física que a doença lhe impõe. A depressão é, assim, um forte preditor de agravamento da QV (Berry & McMurray, 1999; Rumsfeld et al., 2003).

Existem estudos onde se verificou uma diminuição da QV nos idosos com IC, principalmente nos mais velhos (Gott et al., 2006; Margoto et al., 2009). Outros estudos mostram que nas idades mais jovens, a maior prevalência de sintomas e a gravidade destes afetam negativamente a QV (Zambroski et al., 2005). As piores classificações de QV são verificadas nas dimensões da mobilidade e das atividades de vida diária (Calvert et al., 2005; Leidy et al., 1999; Riedinger et al., 2001). Também, na amostra em estudo, pode-se verificar que os doentes com idade superior a 65 anos são os que apresentam maior presença de problemas no ES, especificamente na mobilidade, nos cuidados pessoais e nas atividades habituais, pior ES e também pior QV nos sintomas. Os doentes mais velhos, do grupo etário 75-100, são os que apresentam pior QV na limitação física e na autoeficácia.

Os doentes solteiros, divorciados, separados ou viúvos são os que mostram maior presença de limitações no ES, especificamente nos cuidados pessoais e pior QV na limitação física e na autoeficácia. Para Margoto et al. (2009), o facto de os doentes com IC viverem sozinhos é um fator que leva à descompensação da IC.

Assim, também a baixa escolaridade foi identificada por Barbareschi et al. (2011), Lee et al. (2005) e por Margoto et al. (2009) como um fator de risco, que leva à descompensação da IC e à diminuição da QV. As pessoas com maior grau de escolaridade compreendem melhor a importância do tratamento (Burke et al., 1997; Rockwell & Riegel, 2001) e quanto melhor a sua compreensão melhor a sua adesão (Riegel et al. 2009; Rockwell & Riegel, 2001). Na amostra em estudo, verifica-se que os

doentes com nível de instrução inferior à 4ª classe são os que apresentam maior presença de limitações no ES, especificamente na mobilidade. E os que não sabem ler nem escrever são os que apresentam pior ES nos cuidados pessoais; nas atividades habituais e na dor ou mal-estar, e pior QV em todas as dimensões. Contrariamente, os doentes com nível de instrução superior ao 12º ano são os que apresentam maior ausência de limitações no ES, e os doentes do nível de instrução ensino pós secundário e ensino superior são os que apresentam melhor QV.

Os doentes do meio rural são os que apresentam pior QV na limitação física, nos sintomas e na qualidade de vida. Não foram encontrados dados comparáveis na literatura, no entanto pensa-se que talvez estejam relacionados com o facto da maior parte dos doentes do meio rural trabalharem na agricultura e esta exigir maior esforço físico do que o trabalho dos doentes do meio urbano e, por isso, a maior limitação nos sintomas da IC em algumas das atividades diárias e na sua perceção acerca do desânimo devido a esta limitação que a IC lhes impõe.

O apoio dos amigos e o da família, também revelam ser fatores importantes na QV dos doentes com IC, uma vez que os que não têm apoio dos amigos são os que apresentam maior presença de problemas no ES, especificamente a lavar-se ou vestir-se sozinhos, e os que apresentam pior QV na limitação social. Os que não têm apoio familiar são os que apresentam maior presença de dor ou mal-estar extrema. O facto de estes doentes identificarem problemas relacionados com a falta de apoio psicossocial (Pattenden et al., 2007) mostra que, para além dos sintomas físicos, os sintomas psicológicos também são dimensões importantes da QV (Bosworth et al., 2004), que podem conduzir à limitação social, pelo abandono das suas atividades, dos seus contactos sociais e familiares (Berry & McMurray, 1999; Murberg et al., 1999) e que, por sua vez, pode levar à diminuição da QV (Iqbal et al., 2010).

Outro fator pessoal, que influencia a QV dos doentes com IC, é o baixo *status* socioeconómico que leva à descompensação da IC (Margoto et al., 2009), à diminuição da QV nos idosos com IC (Gott et al., 2006; Iqbal et al., 2010) e à existência de dificuldades por parte dos doentes em se adaptarem à limitação funcional da doença (Pattenden et al., 2007). Paralelamente, também se verifica que os doentes com IC da amostra que não têm condições económicas mínimas para tratar a IC são os que apresentam pior ES e pior QV, em todas as dimensões, exceto na dor ou mal-estar.

Na relação do ES e da QV com os fatores clínicos pode-se verificar que:

Os doentes, que pertencem à CIC e que têm maior acessibilidade aos cuidados de saúde, maior acompanhamento Médico e de Enfermagem, maior conhecimento sobre a IC, maior aceitação da gravidade da doença, maior autocuidado, maior adesão à medicação e maior vigilância dos sinais e sintomas de descompensação da doença, são os doentes que apresentam maior ausência de limitações no ES, praticamente em todas as dimensões. Os doentes da CIC, que têm maior aceitação e maior autocuidado, são também os que apresentam melhor QV, essencialmente na autoeficácia. Perante estes resultados, a existência da CIC é justificada pela literatura quando refere que a descompensação da IC que leva ao reinternamento é devida não só a falhas do sistema de saúde, em

relação ao acompanhamento destes doentes após a alta em consultas periódicas, à falta de informação sobre a doença, mas também devido a fatores comportamentais do próprio doente, tais como o não reconhecimento da gravidade da doença, a dificuldade em modificar hábitos e estilos de vida, a não adesão à terapêutica e, ainda, o não reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação do quadro clínico, que se fossem reconhecidos poderiam levar à intervenção precoce e evitar o internamento (Margoto et al., 2009; Rico et al., 1995). Outros dados revelaram ainda que apenas 20-60% dos doentes com IC cumprem os tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, que lhes são prescritos (ESC Guidelines, 2008).

Deste modo, são recomendados os programas de gestão multidisciplinares (ESC Guidelines, 2012), a educação para o conhecimento da doença e o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado (Rabelo et al., 2007), para se alcançar uma melhoria na QVRS (Buck et al., 2012). A Enfermagem é, essencialmente, a que desempenha um papel primordial na educação e acompanhamento destes doentes (Rabelo et al., 2007).

Assim, com o mesmo objetivo surgiu a intervenção da CIC no CHTS, como um programa multidisciplinar de gestão da IC, baseado nas *guidelines* clínicas e na intervenção pró-ativa de Enfermagem, que realiza individualmente sessões de educação para a saúde aos doentes. Estas têm como objetivo o envolvimento ativo dos doentes na gestão da sua doença crónica, a modificação de comportamentos de risco, o aumento da adesão ao regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, a autorresponsabilização pela doença, uma maior vigilância, reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação da doença e o contacto precoce à CIC. Com este programa pretende-se um aumento da QV destes doentes e a diminuição da morbilidade e do número de internamentos ou recorrências ao serviço de urgência e, consequentemente dos custos a nível da saúde.

Desta forma, neste estudo, evidencia-se o benefício da CIC como intervenção de tratamento, pois esta apresenta doentes com maior ausência de limitações em todas as dimensões, melhor ES e melhor QV na limitação física, nos sintomas, na autoeficácia e na qualidade de vida. Contrariamente, a CE têm doentes que apresentam maior presença de limitações em todas as dimensões, pior ES e pior QV na limitação física, nos sintomas, na autoeficácia e na qualidade de vida.

Outros fatores clínicos identificados, neste estudo, como estatisticamente significativos para a QV foram os tratamentos da IC com terapêutica de ressincronização cardíaca, com cirurgia valvular ou com cirurgia de revascularização do miocárdio.

Os doentes com IC que foram submetidos a tratamento por terapêutica de ressincronização cardíaca são os que apresentam melhor QV. Resultados semelhantes foram referidos pela ESC Guidelines (2012), Leal et al. (2011) e por Vaishnava e Lewis (2007).

Segundo a ESC Guidelines (2012) os doentes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e a cirurgia valvular têm melhoria na QV, nos sintomas, entre outros. Assim, também os doentes do estudo, que foram submetidos a cirurgia valvular, são os que apresentam melhor QV na limitação

física; e os que foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio são os que apresentam melhor QV nos sintomas, na qualidade de vida e na limitação social.

A etiologia da IC também foi considerada como um fator clínico sensível à medição da QV, sendo os doentes com etiologia isquémica os que apresentam maior presença de limitações no ES, especificamente na mobilidade. A prevalência desta etiologia vem enfatizar a ideia de que a existência de fatores de risco leva a doenças cardiovasculares que são, em Portugal, a principal causa de morte e, também, das mais importantes causas de internamento hospitalar, de incapacidade, de invalidez, de anos potenciais de vida precocemente perdidos e de diminuição significativa na QVRS (Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006; Schweikert et al., 2009) e, por isso, estratégias de prevenção e educação da população são recomendadas para os indivíduos de alto risco (Joint ESC Guidelines, 2012; Silver et al., 2004).

Também foram encontradas relações estatisticamente significativas nos doentes que têm IC de etiologia não hipertensiva, valvular ou idiopática; estes doentes são os que apresentam pior QV, essencialmente na autoeficácia. Para este tipo de resultados não foram encontrados dados referentes na literatura; no entanto, talvez seja de equacionar que estejam relacionados com o facto destes doentes, com este tipo de etiologias, não apresentarem conhecimentos para perceber como podem evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique.

Os doentes com IC com etiologia de drogas ou tóxicos são os que apresentam maior ausência de limitações no ES, na mobilidade e nas atividades habituais, e os que apresentam melhor QV, na limitação física e nos sintomas. Para este tipo de resultados também não foram encontrados dados referentes na literatura, no entanto, talvez estejam relacionados com o facto de estes doentes, quando em abstinência do álcool ou drogas, apresentarem maior probabilidade de recuperação neste caso, parcial, do que quando devido a outras etiologias.

Hoje em dia usam-se indicadores objetivos que medem recursos ou estados que influenciam a QV mas também, e cada vez mais, indicadores subjetivos que avaliam perceções, julgamentos e valores que cada um dos indivíduos possui em relação à sua QV (Anes & Ferreira, 2009; Bowling, 1999; Bullinger et al., 1996; Ferrans & Powers, 1985; Kaplan & Ernst, 1983; McDowell, 2006; Santos, 2007). Por isso, neste estudo foram usadas medidas subjetivas que avaliam o ES e a QV nas várias dimensões e medidas objetivas que avaliam o estado funcional, como a escala NYHA. Verificou-se que a autoperceção dos doentes, do seu ES e da sua QV avaliados com medidas subjetivas, é congruente com a perspetiva dos profissionais de saúde, avaliada objetivamente através da escala funcional NYHA. Deste modo, as diferentes medidas usadas mostraram resultados complementares, o que nem sempre acontece tal como referem outros autores (Anes, 2005; Meers et al., 1996).

Assim, os doentes da amostra em classe I NYHA apresentam melhor ES, e os de classe I e II da NYHA são os que apresentam melhor ES e melhor QV, em todas as dimensões. Enquanto os doentes em classe IV da NYHA apresentam pior ES, e os de classe III e IV são os que apresentam pior ES e pior QV. Estes dados são confirmados pela literatura, quando se refere que a má perceção de saúde e a alta classificação NYHA foi identificada como o fator de risco com pior QV em doentes com IC (Gott

et al., 2006; Iqbal et al., 2010; Lee et al., 2005) e que à medida que piora a classe funcional a QV diminui (Juenger et al., 2002; Pelegrino, 2008).

Os doentes que têm FE entre 36-50% são os que apresentam melhor QV e os doentes que têm FE $\leq 35\%$ são os que apresentam pior QV, na limitação física. Estes dados confirmam que a QVRS deteriora com a progressão da FE (Pelegrino, 2008). No entanto, não se pode confirmar que a QV é igualmente prejudicada em doentes com IC com FE preservada, como em IC com FE reduzida (Hoekstra et al., 2011).

Na relação do ES e da QV com o local de intervenção pode-se verificar que:

Confirma-se novamente os ganhos em saúde da CIC, que apresenta doentes com melhor ES e melhor QV, em todas as dimensões exceto na limitação social, enquanto os doentes da CE são os que apresentam maior presença de limitações no ES, pior ES e pior QV. Estes resultados são apoiados pela literatura, quando se refere que existe uma melhoria da QV dos doentes com IC, quando estes estão inseridos em programas de intervenção multidisciplinar baseados em Enfermagem (Corrêa et al., 2009; Rico et al., 1995; While & Kiek, 2009), que têm como objetivo o sucesso do autocuidado e a manutenção da QVRS (Pelegrino et al., 2011; Seto et al., 2011).

A melhor QV dos doentes da CIC deve-se, essencialmente, ao facto da maioria dos doentes perceber bem o autocuidado e ter alguma certeza quanto à sua assistência, consequência do ensino, acompanhamento, reforço e avaliação sistemática, por Enfermagem, da capacidade dos doentes para o autocuidado. Deste modo, a dimensão onde existe maior média de QV na CIC é a dimensão da autoeficácia. Enquanto na CE, a maioria dos doentes tinha mais ou menos a certeza quanto à sua assistência, e percebia, mais ou menos, o autocuidado.

Os doentes da amostra com maior média de QV na autoeficácia (capacidade do doente para perceber como pode evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique) são os doentes mais jovens, casados ou em união de facto, com alto nível de instrução, com condições económicas mínimas para o tratamento da IC, que aceitam a gravidade da doença e que têm maior autocuidado, com terapêutica de ressincronização cardíaca, que fazem parte da CIC, com etiologia hipertensiva ou não idiopática e em classe I e II da NYHA.

Desta forma, a utilização de recursos financeiros, em intervenções clínicas sem evidências de benefício comprovadamente ineficazes ou danosas, é absolutamente injustificável no atual cenário económico; por outro lado a implementação de práticas eficazes é fundamental.

Sendo assim, o conhecimento da QV dos doentes com IC do CHTS, aspeto extremamente importante a ter em conta, mas difícil de medir (ESC Guidelines, 2012), vem dar ênfase à ideia de que a QV do doente com IC é multidimensional, englobando todos os aspetos da vida do indivíduo, existindo diferentes fatores que influenciam a QV de diversas formas (Bayés, 1991; Bowling, 2001; Fleck et al., 1999; Fleck et al., 2003; Morris et al., 1986; Oliveira, 2007; Ribeiro, 2000; Seidl & Zannon, 2004). Todos os fatores pessoais contribuíram para o impacto da IC na QV. Dos fatores clínicos, destacam-se

o tratamento da IC através da terapêutica de ressincronização cardíaca, da cirurgia valvular e da cirurgia de revascularização do miocárdio, essencialmente a etiologia isquêmica, a classificação funcional NYHA, e a CIC (como tipo de intervenção de tratamento e como local de intervenção).

A QV é um conceito que se relaciona com o bem-estar, ES, felicidade e satisfação; no entanto estes apresentam significados diferentes e são difíceis de definir devido à sua subjetividade (Anes, 2005; Guimarães, 2000; Ribeiro, 1998). O ES relaciona-se com o estado funcional de saúde (Nunes et al., 1999) e é uma descrição de saúde num determinado momento do tempo (Ferreira, 1998). Pode-se ter um elevado ou baixo bem-estar tanto na saúde como na doença (Downie et al., 1996). No entanto, na amostra em estudo verificou-se que os doentes que têm pior ES também apresentam pior QV e vice-versa, ou seja, quanto menor o impacto da IC na vida dos doentes, melhor é a QV; por outro lado, quanto maior o impacto da IC na vida do doente, pior é a avaliação do ES (Lee et al., 2005; Pelegriño, 2008).

Assim, para avaliar o impacto que a IC apresenta nas diversas dimensões do indivíduo foi aplicado o EQ-5D e a VAS, um questionário genérico para avaliar o ES, e o KCCQ, um questionário específico da IC para avaliar a QV dos doentes com IC, e tanto um como outro contribuíram para a obtenção dos resultados de forma complementar (Bullinger, 1996; Gil, 1998; Guyatt et al., 1993; Patrick & Erikson, 1993).

Conclusões

Dado o contexto em que se vive de constante evolução do conhecimento e da tecnologia, da falta de recursos em saúde e do impacto cada vez maior da IC, proeminente entre as doenças crónicas, a nível económico relacionado com o tratamento e a nível da QV relacionada com a incapacidade na execução das atividades diárias e profissionais, torna-se cada vez mais necessária a gestão da saúde relacionada com a QV. Ou seja, apesar das limitações impostas pela doença, é importante não só manter as atividades habituais, mas também aumentar a QV destes doentes, sendo fundamentais programas de intervenção multidisciplinares baseados em Enfermagem.

A motivação para este estudo surgiu da experiência de trabalho com doentes com IC na CIC, no Serviço de Cardiologia do CHTS, e assim, a necessidade em avaliar a QV, como um indicador de saúde complementar das medidas objetivas, e em identificar os fatores que a influenciam, de modo a otimizar a prática clínica e, consequentemente melhorar a QV destes doentes.

Deste modo surgiram as seguintes questões:

A QV dos doentes com IC do CHTS é afetada pelos fatores sociodemográficos e clínicos?

A QV dos doentes com IC é influenciada pelo local de intervenção?

Realizou-se um diagnóstico da QV destes doentes, procurando responder a estas questões. Foi assim definido o objetivo geral, descrever a QV dos doentes com IC do CHTS, e os objetivos específicos: verificar a influência dos fatores pessoais na QV dos doentes com IC do CHTS, identificar o efeito dos fatores clínicos na QV dos doentes com IC do CHTS, e avaliar a influência do local de intervenção na QV dos doentes com IC.

Tendo em conta estes objetivos e os resultados obtidos da investigação foi possível chegar às seguintes conclusões:

- ao nível da influência dos fatores pessoais na QV: os doentes do género feminino, os mais velhos do grupo etário 75-100 anos, os solteiros, divorciados, separados ou viúvos, os que não sabem ler nem escrever, os que não têm apoio dos amigos, e os que não têm condições económicas mínimas para o tratamento da IC, são os doentes que apresentam pior ES e pior QV;
- ao nível do efeito dos fatores clínicos na QV: os doentes que pertencem à CIC (tem maior acessibilidade aos cuidados de saúde, maior acompanhamento Médico e de Enfermagem, maior conhecimento sobre a IC, maior aceitação da gravidade da doença, maior autocuidado, maior adesão à medicação e maior vigilância dos sinais e sintomas de descompensação da doença) apresentam maior ausência de limitações no ES; os doentes da CIC que tem maior aceitação e maior autocuidado são também os que apresentam melhor ES e melhor QV, essencialmente na AE; melhor QV também é apresentada pelos doentes submetidos a intervenções de tratamento como a TRC, a cirurgia valvular, a CRM e na CIC; quanto à etiologia isquémica da IC, os doentes que a apresentam são os

que têm maior presença de limitações no ES; os doentes em classe III e IV da NYHA têm pior ES e pior QV; e os que têm FE $\leq 35\%$ são os que apresentam pior QV;

- ao nível da influência do local de intervenção na QV: os doentes da CIC são os que apresentam melhor ES e melhor QV, enquanto os da CE são os que apresentam maior presença de limitações no ES, pior ES e pior QV.

As limitações sentidas ao longo deste estudo foram, especialmente: a limitação no tempo para a realização do estudo; a demora no recrutamento dos doentes da CIC, devido ao seu limitado funcionamento que impediu a obtenção de uma amostra maior; a falta dos doentes às consultas marcadas; a exaustiva recolha de dados em tempo útil; e a dificuldade em obter informação clínica, a nível informático, completa.

Como futuras investigações, uma vez que a QV dos doentes com IC do CHTS já foi descrita neste presente estudo, perspetiva-se efetuar um estudo relacionado com a mesma temática, mas específico no autocuidado do doente com IC, avaliado através da European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. Pretende-se, também, estudar a variação da QV destes doentes na CIC, através de um estudo longitudinal com amostras emparelhadas, e ainda realizar um outro estudo semelhante a este, mas envolvendo amostras de outros centros hospitalares, de modo a obter uma amostra maior.

A conclusão a salientar, no presente estudo, diz respeito à evidência da influência dos fatores pessoais, clínicos e do local de intervenção na QV, dos doentes com IC do CHTS.

Perante este conhecimento e o das características individuais pretende-se otimizar, direcionar e individualizar os cuidados prestados a estes doentes, de modo a melhorar a sua QV. Por isso, a utilização de medidas de QVRS torna-se deveras importante para mensurar a perceção dos doentes do seu ES e do impacto da IC na sua QV.

Torna-se assim essencial demonstrar a relevância da autoperceção da QV dos doentes com IC, como complemento das medidas objetivas tradicionais; mostrar o interesse em avaliar os resultados, através da análise da efetividade das intervenções que contribuem para a melhoria da QV dos doentes com IC; divulgar a importância de intervenções clínicas na IC, que promovam a autogestão, o autocuidado e a responsabilização dos doentes pela sua doença crónica; e demonstrar a necessidade de programas de sensibilização para a promoção do autocuidado dos doentes com IC e consequente melhoria da QV.

Referências Bibliográficas

- Atualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares nº 3/DSPCS*. (2006). Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>
- Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN). (2008). *Consentimento informado, livre e esclarecido para a participação em investigação de acordo com a declaração de Helsínquia e Oviedo*. Recuperado em 1 de novembro de 2011, de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento%20Informado/Modelo%20Consentimento%20Investiga%C3%A7%C3%A3o.doc>
- Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN). (2009). *Documento - guia sobre consentimento informado*. Recuperado em 1 de novembro de 2011, de <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Consentimento%20Informado/Doc%20Guia.pdf>
- Albrecht, G. L. (1994). Subjective health assessment. In: C. Jenkinson, *Measuring health and medical outcome*, pp.7-26. London: University College London Press.
- Anes, E. M. G. J. (2005). Qualidade de vida. In E. M. G. J. Anes, *Qualidade de vida em diálise*, pp.71-89. Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Anes, E. M. G. J. & Ferreira, P. L. (2009). Qualidade de vida em diálise. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, pp.67-82.
- Assembleia da República. (2001). Decreto-Lei nº 1/2001 de 3 de janeiro. *Diário da República*, 1ª Série-A, nº2, pp.14-36. Recuperado em 1 de novembro de 2011, de <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Leegte, I. L., van Veldhuisen, D. J. & Jaarsma, T. (2011). Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *Journal of Cardiac Failure*, 17(1), pp.47-53. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21187264>
- Barbosa, A. (1987). Educação para a saúde: Determinação individual ou social?. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37(9), pp.169-184.
- Base de Dados Portugal Contemporânea (PORDATA). (2011). *Indicadores de envelhecimento segundo os censos*. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

- Bayés, R. (1991). *Psicologia oncológica: Prevencion y terapèutica psicológicas del cáncer. Salud 2000*. (2ª Edición). Barcelona.
- Bekelman, D. B. et al. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 13(8), pp.643-648. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923356>
- Berlin, R. B. & Schatz, B. R. (2001). Monitoring of quality of life in congestive heart failure populations. *Congestive Heart Failure*, 7(1), pp.13-21. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11828131>
- Bennett, S. J. et al. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10(8), pp.671-682. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871588>
- Berry, C. & McMurray, J. (1999). A review of quality of life evaluations in patients with congestive heart failure. *Pharmacoeconomics*, 16(3), pp. 247-271. Recuperado em 1 de novembro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10558038>
- Berry, C., Murdoch, D. R. & McMurray, J. J. V. (2001). Economics of chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure* 3(3), pp. 283-291.
- Birren, J. & Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: an overview. In: J. Birren et al., *Quality of life in the Frail Elderly*, pp.344-360. New York: Academic Press Inc.
- Bosworth, H. B. et al. (2004). Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health*, 8(1), pp.83-91. Recuperado em 1 de novembro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14690872>
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud: revision de las escalas de medida de la calidade de vida*. Barcelona: Masson.
- Bowling, A. (1999). Measuring health – A review of quality of life measurement scales, (second edition). *Book Reviews*, 2(1), pp.59-60. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.dwp.gov.uk/docs/no1-oct99-book-review2.pdf>
- Bowling, A. (2001). *Measuring Disease* (2ª edição). Open University Press, Buckingham.
- Bowling, C. B. et al. (2012). Impairment of activities of daily living and incident heart failure in community-dwelling older adults. *European Journal of Heart Failure*, 14(6), pp.581-587.
- Buarque, C. (1993). Qualidade de vida: a modernização da utopia. *Revista Lua Nova*, pp.157-165.

- Buck, H. G. et al. (2012). Relationship between self-care and health-related quality of life in adults with moderate to advanced heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(1), pp.8-15. Recuperado em 24 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21558868>
- Bullinger, M. (1996). Assesmente of Health Related quality of life with the SF – 36 health survey, *Rehabilitation (Stuttg)*. 35(3). Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8975342>
- Bullinger, M., Anderson, R., & Cella, D. (1996). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*, 2, pp.451-459.
- Burke, L. E.; Dunbar-Jacob, J. M. & Hill, M. H. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Ann Behav Med*. 19(3), pp.239-263. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9603699>.
- Calvert, M. J., Freemantle, N. & Cleland, J. G. F. (2005). The impact of chronic heart failure on health related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. *European Journal of Heart Failure*, 7(2), pp.243-251.
- Carmona, M. D. (1989). Concepto de salud y enfermedad. In G. Gil, Piédrola et al. *Medicina Preventiva y Salud Publica*, (8º edição). Barcelona: Salvat Editores.
- Clark, D. T. W., Welner, M. & Murray, MD. (2003). Correlates of health-related quality of life among lower-income, urban adults with congestive heart failure. *Heart Lung*, 32(6), pp.391-401.
- Ceja, F. et al. (2002). Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study. *European Journal of Heart Failure*, 4(4), pp.531-539. Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://eurjhf.oxfordjournals.org/content/4/4/531.full>
- Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. (1946). Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>
- Corrêa, L. A., Santos, I., Rocha, R. M., Tura, B. R. & Albuquerque, D. C. (2009). Quality of life of patients with heart failure: a quantitative study. Online *Brazilian Journal of Nursing*, 8(3). Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2518>
- Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (2012). *Gestão integrada da doença e inovação*. Recuperado em 14 de julho de 2012, de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0>
- Direção Geral da Saúde. (2012a). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

- Direção Geral da Saúde. (2012b). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Enquadramento do plano nacional de saúde*. Recuperado em 11 de julho de 2012, de <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Enquadramento1.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2012c). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Eixo Estratégico – Qualidade em saúde*. Recuperado em 11 de julho de 2012, de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Saude1.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2012d). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Objetivo para o sistema de saúde – Obter ganhos em saúde*. Recuperado em 14 de julho de 2012, de <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2012e). *Plano nacional de saúde 2012-2016. Indicadores e metas em saúde*. Recuperado em 14 de julho de 2012, de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/070-Capitulo-Indicadores_e_Metas_em_Saude_parte-1-e2-Indicadores-do-PNS.pdf
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. (1996). *Health promotion: models and values*. New York: Oxford University Press.
- Dracup, K., Walden, J. A., Stevenson, L. W. & Brecht, M. L. (1992). Quality of life in patients with advanced heart failure. *Journal of heart and lung transplantation*, 11(2), pp.273-279. Recuperado em 14 de julho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1576133>
- Escoval, A. (2011). *O Desafio da Doença Crónica* (slides). Aula ministrada no curso de mestrado em gestão das unidades de saúde em junho 2011.
- European Society of Cardiology (ESC) Guidelines. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, (28), pp.2388-2442.
- European Society of Cardiology (ESC) Guidelines. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *European Heart Journal*, (33), pp.1787-1847.
- Fallowfield, L. (1993). *The quality of life: the missing measuring in helth care*. London: A Condor Book Souvenir Press.
- Fleck, M. P. A., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Bras Psiquiatr*, 21(1), pp.19-28. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sciarttext&pid=S1516-44461999000100006>
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G. & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista. Saúde Pública*, 37(4), pp.446-455. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sciarttext&pid=S0034-89102003000400009>

- Ferrans C. E. & Powers, M. J. (1985). *Quality of Life Index*. Department of Medical Surgical Nursing College of Nursing, University of Illinois, Chicago. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.uic.edu/orgs/qli/index.htm>
- Ferrans C. E. (1990). Quality of life: conceptual issues. In *Semin Oncol Nurs*, 6(4), pp. 248-254. College of Nursing, University of Illinois, Chicago. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2274721>
- Ferreira, F. G. (1990a). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Ferreira, F. G. (1990b). *Moderna saúde pública*. (6ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Ferreira, P. L. (1996). A Medição de Resultados em Saúde: A natureza do problema. Vaz, A., Pinto, C.G. Ramos, F. e Pereira, J. (coord). As reformas dos sistemas de saúde. In *APES*, pp.245-254. Lisboa.
- Ferreira, P. L. (1997). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte I - Adaptação cultural e linguística*, pp.1-27. Centro de estudos e investigação em saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. L., Heyrman J. & van Hoeck, K., (1997). Some concepts of health in outcome assessment. In A. Hutchinson, N. Bentzen, C. Konig-Zahn, *Cross Cultural Health Outcome Assessment a user's guide*, pp.27-32. Ruiner NL: E R G H O.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*, p.17. Universidade de Coimbra - Centro de Estudos e Investigação em Saúde (menção Honrosa no Prémio Ricardo Jorge do Instituto Nacional de Saúde), Coimbra, Portugal.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte II - Testes de validação. In *Ata Médica Portuguesa*, 13(3), pp.119-127.
- Ferreira, P. L. (2007) Avaliação dos cidadãos sobre a saúde. *Cadernos de Economia*, pp.58-60.
- Fletcher, A. et al. (1992). Quality of life measures in health care. II design, analysis, and interpretation. *BMJ*, 305, pp.1145-1148.
- Gil, J. A. N. (1998). Medir o estado de saúde e medir e avaliar resultados de saúde In J. A. N. Gil, *Qualidade de Vida, estado funcional em doentes com problemas lombares: adaptação e validação cultural do Functional Status Questionnaire*, pp. 8-32. Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Granger, B. B., et al. (2005) Adherence to candesartan and placebo and outcomes in chronic heart failure in the CHARM programme: double-blind, randomized, controlled clinical trial. *Lancet*,

- 366(9502), pp. 2005-2011. Recuperado em 14 de maio de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338449>
- Greene, W. H. & Simons-Morton, B. G. (1984). *Educacion para la Salud*. México: Editora Interamericana.
- Greenfield, S. & Nelson, E. C. (1992). Developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Medical Care*, 30(5), pp.23-41. Recuperado em 14 de maio de 2012, de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3766227?uid=3738936&uid=2&uid=4&sid=21100799924321>
- Gott, M. et al. (2006). Predictors of the quality of life older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35(2), pp.172-177. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16495294>
- Guimarães, C. (2000). *Qualidade de Vida do Adulto Asmático*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Guyatt, G. H., David, H. F. & Donald, L. P. (1993). Measuring health- related quality of life. *Annals of intern medicine*, 118(8), pp.622-629.
- Harrison, M. B. et al. (2002). Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical Care*, 40(4), pp.271-282. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12021683>
- Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., van Veldhuisen, D., J., Sanderman, R. & Jaarsma, T. (2011). Quality of life is impaired similarly in heart failure patients with preserved and reduced ejection fraction. *European Journal of Heart Failure*, 13(9), pp.1013-1018.
- Hutchinson, A. et al. (n.d.). *A Health Status Measures guide for asthma e diabetes*. The University of hull.
- Iqbal, J., Francis, L., Reid, J., Murray, S. & Denvir, M. (2010). Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3 –years follow-up study assessing hospitalization and mortality. *European Journal of Heart Failure*. 12(9), pp.1002-1008. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20615920>
- Janbon, C. (1998). Quality of Life and Medical Practice: Applications to Chronic Venous Insufficiency. *PhleboLymphology*, (17), pp.9-11.
- Jenkinson C., Bardsley, M. & Lawrence, K. (1994). Measurement in subjective health assessment: themes and prospects. In C. Jenkinson, *Measuring health and medical outcomes*, pp.176-209. London, University College London press.

- Jette, A. M. (1994). Physical disablement concepts for physical therapy research and practice, *Physical Therapy*, 74(5), pp.380-386.
- Joint ESC Guidelines. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, (33), pp.1635-1701. Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention.pdf>
- Joyce C. R. B. (1994). Requerements for the assessment of individual quality of life. In H. MacGee, C. Bradley, *Quality of life following renal failure*, pp.43-54. United States of America: Harwood Academic Publishers.
- Juenger, J. et al. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart and Education in Heart*, 87(3), pp.235-241. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://heart.bmj.com/content/87/3/235.full>
- Kaplan, R. e Ernst, J. (1983). Do category rating scales produce biased preference weights for a health index?. *Medical Care*, 21(2), pp.193-207. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.med.mcgill.ca/epidemiology/courses/EPIB654/Summer2010/QALY/Rating%20scales%20biased.pdf>.
- Larson, J. S., (1991). Definitions of Health. In J. S. Larson, *The Measuring of Health – Concepts and Indicators*, pp.1-16. New York: Greenwood Press.
- Leal, E. N. et al. (2010a). Avaliação da qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca submetidos a terapêutica com cardioversor desfibrilhador implantável. In *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, pp. 1130-1136. Universidade do Minho, Portugal. Recuperado em 19 de março de 2012, de http://www.actassnip2010.com/conteudos/atas/PsiSaude_7.pdf
- Leal, E. N. et al. (2010b). *Influência do género na qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca*. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/812/1/Influ%C3%Aancia%20do%20g%C3%A9nero%20na%20qualidade%20de%20vida%20em%20doentes%20com%20insufici%C3%Aancia%20card%C3%ADaca.pdf>
- Leal, E. N. et al. (2010c). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(03), pp.353-372. Recuperado em 19 de março de 2012, de https://docs.google.com/file/d/0B1yG_Axv6F-fOWRkYTY1MjgtYjM2MC00OTgyLTg1OTgtZDZmZjRlMWM3YmNi/edit?pli=1
- Leal, E. N. (2011). *Variáveis psicológicas e percepção do estado de saúde em indivíduos submetidos a ressincronização cardíaca*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa. Recuperado em 7 de julho de 2012, de

<http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/937/1/Vari%C3%A1veis%20psicol%C3%B3gicas%20e%20percep%C3%A7%C3%A3o%20do%20estado%20de%20sa%C3%BAde1.pdf>

Leal, E. N. et al. (2011). Health related quality of life in patients with refractory heart failure undergoing cardiac resynchronization: Type of therapeutic response. *Internal Medicine*, 3(2), pp.9-13. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.medicina-interna.ro/articol.php?articol=648&lang=ro>

Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., Woo, J. & Thompson, D. R. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), pp. 419-422.

Leidy, N. K., Rentz A., M. & Zyczynski, T. M. (1999). Evaluating Health-related quality-of-life outcomes in patients with congestive heart failure. A review of recent randomised controlled trials. *Pharmacoeconomics*, 15(1), pp.19-46. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345157>

Leplège, A. & Hunt, S. (1997). The problema of quality of life in medicine. *Jama*, 278(1), pp.47-50. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9207338>

Leventhal, H. & Colman, S. (1997). Quality of life: A process view. *Psychology and Health*, 12(6), pp.753-767. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449708406737>

Littik, M. L., Lesman-Leegte, I. & Jaarsma, T. (2009). Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *Journal. of Cardiac Failure*, 15(7), pp.580-585.

Long, A. F. (1997). The role of health outcomes in health care evaluation. In A. F. Long, E. Bitzer, *Health Outcomes and Evaluation: Context Concepts and Successful Applications*, 3, pp.33-43: University Print Services.

Margoto, G., Cunha, R., Colombo, R., Bueno, A. C. & Gallani, J. (2009). Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), pp.44-53. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/06.pdf>

Marôco, J. (2010). *Análise estatística. Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda.

McColl, E. Christiasen, T. & König-Zahn, C., (1997). Making the right choice of outcome measure. In A. Hutchinson, N. Bentzen & C. König-Zahn, *Cross Cultural Health Outcome Assessment a user's guide*, pp.12-23. Ruiner NL: E R G H O.

- McDowel, I. (2006). *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. (Third Edition): Oxford University Press. Recuperado em 21 de maio de 2012, de <http://a4ebm.org/sites/default/files/Measuring%20Health.pdf>
- McDowel, I. & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. (2ª ed.): Oxford University Press.
- McGee, H. M. & Bradley, C. (1994). Quality of life following renal failure, pp.1-14. United States of América: Harwood Academic Publishers.
- Meers C., Hopman W., Singer M. A., Mackenzie T. A., Morton A. R., MacMurray M. (1996). A comparison of patient, nurse and physician assessment of health- related quality of life in end-stage renal disease. *Dialysis e transplantation*, 24(3), pp.120-124.
- Melo, E. M. O. P. (1998). Impacto da cirurgia de bypass aorto-coronário na qualidade de vida dos doentes. In E. M. O. P. Melo, *Qualidade de vida em doentes submetidos a revascularização coronária*, pp. 39-43. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Coimbra, Portugal.
- Ministério da Saúde. (1997). *A saúde dos Portugueses*. Ministério da Saúde, DGS, Lisboa.
- Morris, J., Suissa, S., Sherwood, S., Wright, S., M. & Greer, D. (1986). Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Disease*, 39(1), pp.47-62. Recuperado em 19 de março de 2012, de http://medicine.emory.edu/divisions/geriatrics/education/edu_resources/bibliographies/palliative/pdfs/Last_Days_A_study_of_the_quality_of_life_of_terminally_ill_cancer_patients..pdf
- Mota, J. (2000). O idoso, a atividade física e a qualidade de vida. In *Atas do Seminário: A recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais*, pp: 126-131. Porto.
- Murberg, T., Bru, E., Svebak, S., Tvetenas, R. & Aarsland T. (1999). Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two years follow up study. *Int J Med Psychiatry*, 29(3), pp.263 – 358. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10642905>
- Nanda, U. & Andresen, E. M. (1998). Health- related quality of life. A guide for Health Professional. *Evaluation & the Health Professions*, 21(2), pp.179-215. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://ehp.sagepub.com/content/21/2/179.abstract>
- Neves, C. F. S. (2000). O impacto da doença na qualidade de vida relacionada com a saúde. In C. F. S. Neves, *Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus*, pp.42-64. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia, Coimbra, Portugal.
- Nunes, S., O. V. et al. (1999). A história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região Sul do Brasil. *Revista da Psiquiatria Clínica do Brasil*, 26(3), pp.84-90.

Recuperado em 19 de março de 2012, de [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n3/artigo\(84\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n3/artigo(84).htm)

Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(3), pp.187-190.

Oliveira, A. V. (2007) *Qualidade de vida em indivíduos com queixas de acúfenos: comparação com a percepção do acompanhante*. Dissertação de mestrado, Psicologia da Saúde e Intervenção Comunitária, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Fernando Pessoa. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://hdl.handle.net/10284/471>

Oliveira, R. A. & Paixão, R. (1998). O conceito de locus de controlo no processo de reabilitação de pacientes com deficiência física – Estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da RLOC. *Psiquiatria Clínica*, 19(2), pp.139-146.

Organização Mundial de Saúde. (1985). As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos. In *Bureau Regional da Europa*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Health action in crises definitions. Definitions: emergencies. glossary of humanitarian terms*. Recuperado em 2 de julho de 2012, de <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/index.html>

Organização Mundial da Saúde. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. (1998). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>

Pattenden, J. F., Roberts, H. & Lewin, R. J. (2007). Living with heart failure; Patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4), pp.273-279. Recuperado em 7 de julho de 2012, de <http://cnu.sagepub.com/content/6/4/273.abstract>

Patrick, D. L. & Erickson, P. (1993). Concepts of health- related quality of life. In D. L. Patrick, P. Erickson, *Health status and health policy – Quality of life in health care evaluation and resource allocation*, 4, pp.77-112. New York: Oxford University Press.

Pelegrino, V. M. (2008). *Avaliação do estado geral de saúde e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

Pelegrino, V. M., Dantas, R. A. S. & Clark, A. M. (2011). Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), pp.451-457. Recuperado em 7 de julho de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300002&script=sci_abstract

Pinto, C. & Ribeiro, J. L. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Saúde Pública*, (1), pp.37-56. Recuperado em 19 de março de 2012, de

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03.pdf>

Pinto, C. & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1). Recuperado em 19 de março de 2012, de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000100006&lang=pt

Pressler, S. J. et al. (2010). Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), pp.189-198. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20357665>

Rabelo, E. R., Aliti, G. B., Domingues, F. B., Ruschel, K. B. & Brun, A. O. (2007). O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), Recuperado em 19 de março de 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia da Saúde*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Ribeiro, M. H. M. F. (2000). Saúde e qualidade de vida. In M. H. M. F. Ribeiro, *Cancro da mama: um estudo sobre qualidade de vida*, pp. 7-29. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra - Faculdade de Economia, Coimbra, Portugal.

Rico, M. W. et al. (1995). A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine*, 333(18), pp.1190-1195. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7565975>

Riedinger, M. S. et al. (2001). Quality of life patients with heart failure: do gender differences. *Heart & Lung*, 30(2), pp. 105-116. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11248713>

Riegel, B. et al. (2009). State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 120(12), pp.1141-1163. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720935>.

Rockwell, J. M. & Riegel, B. (2001) Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), pp.18-25. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11174364>.

Rumsfeld, J. S. et al. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), pp. 1811-1817. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1132803>

Santos, R. M. F. (2007). Qualidade de vida e saúde mental. In R. M. F. Santos, *O Trabalho por Turnos e suas Repercussões na Qualidade de Vida e Saúde Mental do Enfermeiro*, pp.37-46. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Schweikert, B. et al. (2009). Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*, 30(4), pp.436-443.

Seidl, E. & Zannon, C. (2004) – Qualidade e vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), pp.580-588. Rio de Janeiro. Recuperado em 12 de junho de 2012, de <https://www.scielo.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>

Seto, E. et al. (2011). Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(5), pp.377-385. Recuperado em 12 de junho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21263339>

Silver, M. A. et al. (2004). BNP Consensus Panel 2004: A clinical approach for the diagnostic, prognostic, screening, treatment monitoring, and therapeutic roles of natriuretic peptides in cardiovascular diseases. *Congestive Heart Failure*, 10(5), pp. 1-30. Recuperado em 12 de junho de 2012, de <http://www.365heart.com/zt/gongshi/bnp/2004BNP%E4%B8%93%E5%AE%B6%E5%85%B1%E8%AF%86%EF%BC%88%E8%8B%B1%E6%96%87%EF%BC%89.pdf>

Spilker, B. (1990). *Quality of life assessment in clinical trials*, pp.95-113. New York.

Stewart, S., Marley, J. E. & Horowitz, J. D. (1999). Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet*, 354(9184), pp.1077-1083. Recuperado em 12 de junho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10509499>

Stewart, S., MacIntyre, K., Buraco, D. J., Capewell, S. & McMurray, J. J.V. (2001). More “malignant” than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 3(3), pp. 315-322.

Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.

Vaishnava, P. & Lewis, E. F. (2007). Assessment of quality of life in severe heart failure. *Current Heart Failure Reports*, 4(3), pp.170-177. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17883994>

Ware, J. E. (1991). Measuring functioning, well-being, and other generic health concepts. In *Effect of Cancer on Quality of Life*, pp.7-23. Florida: CRC Press. Recuperado em 26 de junho de 2012, de <http://archive.ahrq.gov/clinic/medtep/var.htm>

- Ware, J. E. Jr. (1992). Measures for a New Era of Health Assessment. In A. L. Stewart, J. E. Jr Ware, *Measuring Functioning and Well-Being – The Medical Outcomes Study Approach*, pp.3-11. London: Duke University Press.
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Gandek, B. (2005). SF 36® health survey. Manual and interpretation guide. In R. I. Lincoln, *Quality Metric Incorporated*.
- Wilson, I. B. & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273(1), pp.59-65. Recuperado em 26 de junho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7996652>
- Winkelmann, E. R. & Manfro, W. C. (2008). Qualidade de vida em cardiologia. *Revista HCPA*, 28(1). Recuperado em 26 de junho de 2012, de <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewArticle/473>
- Wilkin, D., Hallam, L. & Dogget, M-A., (1993). *Measuring of need and outcome for primary health care*: Oxford: Oxford University Press.
- While, A. & Kiek, F. (2009). Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*, 14(2), pp.54-59. Recuperado em 26 de junho de 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19223810>
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), pp.153-159. Recuperado em 14 de maio de 2012, de <http://www.springerlink.com/content/k2q66u27g276j475/>
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advances Nursing*, 17(7), pp.795-800.
- Zambroski, C. H., Morse, D. K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(3), pp.198-206. Recuperado em 19 de março de 2012, de <http://cnu.sagepub.com/content/4/3/198.abstract>
- Zata, L. T. (2010). *Avaliação da qualidade de vida de portadores de marcapasso cardíaco artificial em Goiânia, Goiás*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Enfermagem, Goiânia. Recuperado em 19 de março de 2012, de http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2010-11-17T123112Z-1151/Publico/dissertacao%20Laidilce%20T%20Zatta.pdf

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de autorização à Diretora do Serviço de Cardiologia do CHTS para realização do estudo.

Exm^a. Sra. Directora

Do Serviço de Cardiologia

do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Eu, Sónia Cátia Apolinário Ferreira, com o nº mecanográfico 71806 a exercer funções como Enfermeira no serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (CHTS) e como aluna do Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, venho por este meio expôr a minha intenção em realizar um trabalho no âmbito do mestrado do meu projecto de tese cujo tema é "Qualidade de vida nos doentes com Insuficiência cardíaca (IC) do CHTS".

Tem como objectivo:

- Descrever a qualidade de vida dos doentes com IC do CHTS.

Para isso proponho o uso de um questionário que será aplicado a todos os doentes com diagnóstico de IC, em regime de ambulatório, seleccionados a partir da Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC) e da consulta médica de cardiologia (consulta externa), durante o período de Janeiro a Junho de 2012.

Para isso proponho e peço autorização para o uso de um questionário que é composto por três partes: a primeira parte destina-se à avaliação de ganhos em saúde através da aplicação do questionário genérico EQ-5D versão Portuguesa (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1997-98); a segunda parte permitirá avaliar a qualidade de vida do doente com IC, através do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) – versão portuguesa (Leal et al, 2010), e a terceira parte destina-se à caracterização sociodemográfica da amostra.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais e não serão usados para outros efeitos.

Sem outro assunto, os meus melhores cumprimentos.

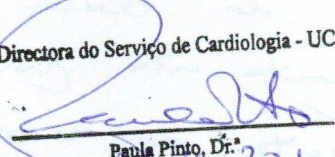
Atenciosamente

Sónia Cátia Apolinário Ferreira

*Trata-se do primeiro projecto a ser
realizado na "Clínica de Insuficiência Cardíaca".
Este projecto está a ser realizado de forma a analisar
o impacto de uma intervenção clínica neste
grupo de doentes pelo que se considera
projecto de grande interesse. O serviço está*

upf

Testemunha de Paula de Sousa.

Directora do Serviço de Cardiologia - UCI

Paula Pinto, Dr.ª

ANEXO II - Pedido de autorização à Enfermeira Chefe do Serviço de Cardiologia do CHTS para realização do estudo.

Exm^a. Sra. Enfermeira Chefe

Do Serviço de Cardiologia

do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Eu, Sónia Cátia Apolinário Ferreira, com o nº mecanográfico 71806 a exercer funções como Enfermeira no serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE (CHTS) e como aluna do Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, venho por este meio pedir autorização a Vossa Excelência para a aplicação de um instrumento de colheita de dados aos doentes com Insuficiência Cardíaca (IC).

No presente momento, estou a efectuar projecto de tese de mestrado cujo tema é "Qualidade de vida nos doentes com IC do CHTS" e que tem como principal objectivo:

- Descrever a qualidade de vida dos doentes com IC do CHTS.

Este questionário será aplicado a todos os doentes com diagnóstico de IC, em ambulatório do CHTS, que recorrem à Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC) após intervenção de Enfermagem no serviço de cardiologia e à consulta médica de cardiologia (consulta externa), durante o período de Janeiro a Junho de 2012.

O questionário é composto por três partes: a primeira parte destina-se à avaliação de ganhos em saúde através da aplicação do questionário genérico EQ-5D versão Portuguesa (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1997-98); a segunda parte permitirá avaliar a qualidade de vida do doente com IC, através do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) – versão portuguesa (Leal et al, 2010), e a terceira parte destina-se à caracterização sociodemográfica da amostra.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais e não serão usados para outros efeitos.

Sem outro assunto, os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente

Sónia Cátia Apolinário Ferreira

Este projecto veio de encontro com os Projectos do serviço, complementando a avaliação necessária do que se está a fazer no terreno. É por isso de todo o interesse para o mesmo.

21.11.2011

[Assinatura]

ANEXO III - Consentimento Informado.

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**“Qualidade de vida do doente com Insuficiência Cardíaca
do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa”**

Sou Enfermeira a frequentar o Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde na Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Presentemente estou a iniciar uma tese de mestrado que tem como principal objetivo descrever a qualidade de vida dos doentes com Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Este questionário é dirigido aos doentes com Insuficiência Cardíaca, em ambulatório que recorrem à Consulta de Insuficiência Cardíaca e à Consulta de Cardiologia (consulta externa), durante o período de Janeiro a Junho de 2012.

Para a realização deste trabalho torna-se necessário este instrumento de colheita de dados que é composto por três partes. A primeira parte avalia o seu estado de saúde, a segunda parte avalia a sua qualidade de vida e uma terceira parte destina-se à caracterização sociodemográfica e clínica.

A participação no estudo é de carácter voluntário e, caso não queira participar, não terá quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros. Será garantido o anonimato, a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para este estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Sónia Cátia Apolinário Ferreira

Enfermeira no Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

Assinatura:

~~~~~

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

**Assinatura:** ..... **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



ANEXO IV - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração e ao Presidente da Comissão de Ética do CHTS para realização do estudo.





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, E.P.E.

### MINUTA DE REQUERIMENTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CLÍNICA,  
INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E ENSAIOS CLÍNICOS

Exmo. Senhor Presidente  
do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

Sónia Cátia Apelinária Feneiro (nome completo),  
portador do Cartão de Cidadão n.º / B.I. n.º 11751305 emitido em 18/08/2006  
pelo Arquivo de Porto, licenciado(a) em Enfermagem (habilitações literárias),  
residente em Rua Tanzi Costa n.º 375 - 4605-145 - Naveais  
actualmente a exercer funções de Enfermeira em CHTS/Unidade de Cuidados  
cédula profissional n.º 4-E-41426 (quando exista), contactável para o telefone/telemóvel n.º  
912466548 e as 22, e/ou para o endereço electrónico Catrapelinaria@hotmail.com  
vem requerer a V/Exa. autorização para a realização da Pesquisa Clínica/Investigação Clínica  
subordinada ao tema "Qualidade de vida dos doentes com CHTS"  
de acordo com Inspeção de Qualidade de vida dos doentes  
objetivo: melhorar a qualidade de vida dos doentes  
com TC do CHTS.

Data:    /    / 11

Assinatura (conforme o B): Sónia Cátia Apelinária Feneiro

Anexo: Processo documental exigido para avaliação do projecto.

CHTS EPE  
Mod 318.R.00

Paulo Sérgio Barbosa  
Entrada: 20/11/30 - 1374  
Saída: 20/11/30  
Para: Paulo Sérgio Barbosa  
Paulo Sérgio Barbosa  
Paulo Sérgio Barbosa

Dr. Braga da Cunha  
Presidente da Comissão de Ética

CES: 33/11-8  
Fuente Farnam  
Reproblema 5/12/2011 ao Dr. Paulo  
seja





ANEXO V - Pedido de autorização para uso da versão Portuguesa do KCCQ (Leal et al., 2010c).



## RE: pedido de autorização para usar KCCQ versão Portuguesa

De: **Elisabete Nave Leal** (elisabete.nave.leal@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 27 de Julho de 2011 08:41:15

Para: 'Sonia Apolinario' (catyapolinario@hotmail.com)

Bom Dia:

Autorizo a utilização do questionário em questão.

Qualquer questão, disponha.

Atenciosamente,

Elisabete Nave Leal

---

**De:** Sonia Apolinario [mailto:catyapolinario@hotmail.com]

**Enviada:** terça-feira, 26 de Julho de 2011 23:09

**Para:** elisabete.nave.leal@gmail.com

**Assunto:** pedido de autorização para usar KCCQ versão Portuguesa

Boa noite!

Eu, chamo-me Sónia Cátia Apolinário Ferreira, sou aluna do mestrado de Gestão Organizações em Unidades de Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto e venho por este meio pedir a Vossa Excelência autorização para usar o KCCQ versão Portuguesa. Em anexo envio o meu pré-projecto de tese para mais detalhes sobre o estudo que pretendo fazer. Aguardo ansiosamente pela resposta e agradeço desde já a disponibilidade.

Sem outro assunto, os meus cumprimentos.

Obrigada.



## ANEXO VI - EQ-5D



## I PARTE

### Questionário da Avaliação de Ganhos em Saúde - (EQ-5D)

*Por favor, assinale com uma cruz, um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.*

#### ➤ Mobilidade

- Não tenho problemas em andar ..... ☐<sub>1</sub>
- Tenho alguns problemas em andar ..... ☐<sub>2</sub>
- Tenho de estar na cama ..... ☐<sub>3</sub>

#### ➤ Cuidados pessoais

- Não tenho problemas em cuidar de mim ..... ☐<sub>1</sub>
- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ..... ☐<sub>2</sub>
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ..... ☐<sub>3</sub>

#### ➤ Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ..... ☐<sub>1</sub>
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ..... ☐<sub>2</sub>
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ..... ☐<sub>3</sub>

#### ➤ Dor/ Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar ..... ☐<sub>1</sub>
- Tenho dores ou mal-estar moderados ..... ☐<sub>2</sub>
- Tenho dores ou mal-estar extremos ..... ☐<sub>3</sub>

#### ➤ Ansiedade/Depressão

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ..... ☐<sub>1</sub>
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ..... ☐<sub>2</sub>
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ..... ☐<sub>3</sub>

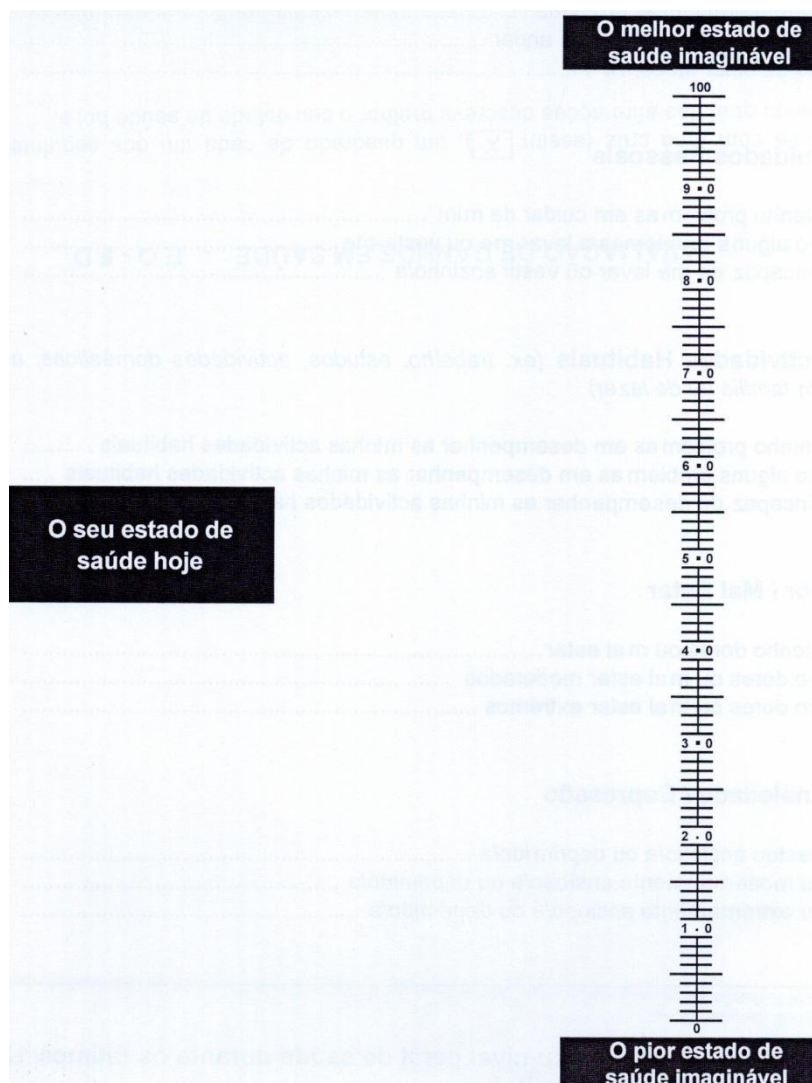
- Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

**Assinale o quadrado apropriado.**

Melhor ..... ☐<sub>1</sub>  
 O mesmo ..... ☐<sub>2</sub>  
 Pior ..... ☐<sub>3</sub>

- Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, **desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.**





## ANEXO VII - KCCQ



## II PARTE

### Questionário da Qualidade de Vida do Doente com Insuficiência Cardíaca - (KCCQ)

As seguintes perguntas referem-se à sua insuficiência cardíaca e como a doença poderá afectar a sua vida. Estas informações irão manter-nos informados de como você se sente e se é capaz de fazer suas actividades de vida diária.

Por favor, leia e responda às seguintes questões. Não existem perguntas certas ou erradas. Marque a resposta que melhor se aplica a si. Por favor tente responder o melhor que puder.

Por favor, coloque um e só **um X no ☐** em cada alínea das seguintes questões:

**1 – A insuficiência cardíaca afecta pessoas diferentes de diferentes maneiras. Algumas sentem falta de ar, outras sentem-se cansadas. Indique o quanto está limitado pela sua insuficiência cardíaca (falta de ar ou cansaço) na sua capacidade em realizar as seguintes actividades nas últimas 2 semanas.**

| Atividade                                                          | Extrema-<br>mente<br>limitada | Muito<br>limitada        | Moderada-<br>mente<br>limitada | Ligeira-<br>mente<br>limitada | Nada<br>Limitada         | Limitada por<br>outra razão<br>ou não faz<br>esta<br>atividade |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Vestir-se                                                          | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Tomar banho / duche                                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Andar cerca de 500 metros<br>em terreno plano                      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Fazer trabalhos pesados em<br>casa ou carregar compras             | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Subir um lance de escadas<br>sem parar                             | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Andar depressa ou correr<br>(como se fosse apanhar o<br>autocarro) | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |

**2 – Na presente data e em comparação com há 2 semanas atrás, os seus sintomas de insuficiência cardíaca (falta de ar, cansaço, inchaço dos tornozelos) mudaram?**

Os meus sintomas de insuficiência cardíaca têm...

| Piorado<br>muito         | Piorado<br>pouco         | Iguais                   | Melhorado<br>pouco       | Melhorado<br>muito       | Não tenho tido sintomas nas<br>últimas 2 semanas |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         |

Por favor, coloque um e só **um X no** ☐ em cada alínea das seguintes questões:

**3 – Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes acordou com os pés, tornozelos ou pernas inchadas?**

| Todas as manhãs          | 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias | 1 – 2 vezes por semana   | Menos que uma vez por semana | Nunca nas últimas 2 semanas |
|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |

**4 – Durante as últimas 2 semana, quanto é que o inchaço nos pés, tornozelos ou perna o/a tem incomodado? Tem sido...**

| Extremamente incomodativo | Muito incomodativo       | Moderadamente incomodativo | Um pouco incomodativo    | Nada incomodativo        | Não tive inchaços        |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5 – Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes o cansaço tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer?**

| Sempre                   | Diversas vezes por dia   | Pelo menos uma vez por dia | 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias | 1 – 2 vezes por semana   | Menos que uma vez por semana | Nunca nas últimas 2 semanas |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |

**6 – Durante as últimas 2 semanas, quanto é que o cansaço o/ a tem incomodado?**

| Extremamente incomodativo | Muito incomodativo       | Moderadamente incomodativo | Um pouco incomodativo    | Nada incomodativo        | Não tenho tido cansaço   |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7 – Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes a falta de ar tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer?**

| Sempre                   | Diversas vezes por dia   | Pelo menos uma vez por dia | 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias | 1 – 2 vezes por semana   | Menos que uma vez por semana | Nunca nas últimas 2 semanas |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    |

Por favor, coloque um e só **um X no** ☐ em cada alínea das seguintes questões:

**8 – Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a falta de ar o/ a tem incomodado?**

Tem sido...

| Extremamente<br>incomodativo | Muito<br>incomodativo    | Moderadamente<br>incomodativo | Um pouco<br>incomodativo | Nada<br>incomodativo     | Não tenho tido<br>falta de ar |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

**9 – Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes tem sido forçado a dormir sentado numa cadeira ou necessitou de recorrer ao uso de pelo menos 3 almofadas por debaixo da cabeça por causa da falta de ar?**

| Todas as<br>noites       | 3 ou mais vezes por semana<br>mas não todos os dias | 1 – 2 vezes por<br>semana | Menos que uma<br>vez por semana | Nunca nas ultimas<br>2 semanas |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>       |

**10 – Os sintomas da insuficiência cardíaca podem piorar por diversas razões. Que certeza tem em relação ao que deve fazer, ou quem deve chamar, se a sua insuficiência cardíaca piorar?**

| Não sei                  | Não tenho a certeza      | Tenho mais ou menos a certeza | Alguma certeza           | Muita certeza            |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11- Até que ponto percebe quais as coisas que pode fazer para não deixar os sintomas de insuficiência cardíaca piorar? (como por exemplo verificar o peso, dieta com pouco sal, etc.)**

| Não percebo<br>nada      | Não percebo muito<br>bem | Percebo mais ou<br>menos | Percebo<br>bem           | Percebo<br>completamente |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12 – Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a sua insuficiência cardíaca tem limitado fazer o que mais gosta?**

| Tem limitado<br>extremamente | Tem limitado<br>muito    | Tem limitado<br>moderadamente | Tem limitado<br>pouco    | Não tem<br>limitado      |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, coloque um e só **um X no** ☐ em cada alínea das seguintes questões:

**13 – Se tivesse que passar o resto da vida com a sua insuficiência cardíaca da forma que está agora, como é que se sentiria sobre isso?**

| Nem um pouco<br>satisfeito | Muito<br>insatisfeito    | Um pouco<br>insatisfeito | Satisfeito               | Completamente<br>satisfeito |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

**14 – Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes tem estado desanimado ou abatido por causa da sua insuficiência cardíaca?**

| Sinto-me assim<br>sempre | Sinto-me assim<br>quase sempre | Sinto-me assim<br>às vezes | Sinto-me assim<br>raramente | Nunca me senti<br>assim  |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

**15 – Quanto é que a sua insuficiência cardíaca afecta o seu estilo de vida? Indique o quanto a sua insuficiência cardíaca tem limitado a sua participação nas seguintes actividades nas últimas 2 semanas.**

| Atividade                              | Extrema-<br>mente<br>limitada | Muito<br>limitada        | Moderada-<br>mente<br>limitada | Ligeira-<br>mente<br>limitada | Nada<br>Limitada         | Limitada por<br>outra razão<br>ou não faz<br>esta<br>atividade |
|----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Passatempos, actividades recreativas   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Trabalhar ou trabalhos domésticos      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Visitar família ou amigos fora de casa | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |
| Relações íntimas com pessoas amadas    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                       |

## APÊNDICES





APÊNDICE I - Tabela 1 - Estudos relacionados com a temática.



Tabela 1 - Estudos relacionados com a temática (continua).

| Autor/Data<br>Título do documento consultado                                                                                                                       | 1. Objetivo do estudo<br>2. Amostra/ Metodologia<br>3. Conclusões do estudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                    | <b>Estudos Nacionais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| (Ceia et al., 2002)<br>Prevalence of chronic heart failure in Southwestern Europe: the EPICA study/ Epidemiologia da crónica em Portugal Continental.              | <p><b>1</b> - Estimar a prevalência de IC crónica em Portugal Continental, 1998.</p> <p><b>2</b> - Avaliados 5434 doentes por 365 clínicos gerais e identificados 551 doentes com IC crónica. Pesquisa efetuada nos centros de cuidados primários selecionados por uma amostragem em 2 fases: combinada e com procedimento estratificado. Os clínicos gerais foram selecionados aleatoriamente em proporção à população do distrito. Os doentes avaliados e atendidos nos centros de cuidados primários foram recrutados consecutivamente e de forma estratificada por idade, com idade superior a 25 anos.</p> <p><b>3</b> - 1,36% entre 25-49 anos;<br/>-2,93% entre os 50-59 anos;<br/>-7,63% entre os 60-69 anos;<br/>-12,67% entre os 70-79 anos;<br/>-16,14% com mais de 80 anos;<br/>- a prevalência global da IC crónica em Portugal foi um pouco maior do que a de outros estudos europeus e aumenta acentuadamente com a idade.</p> |
| (Leal et al., 2010a)<br>Avaliação da qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca submetidos a terapêutica com cardioversor desfibrilhador implantável. | <p><b>1</b> - Avaliar o efeito mantido da terapêutica por CDI na QV dos doentes com IC e a relação da esperança com este <i>outcome</i>.</p> <p><b>2</b> - Avaliados 36 doentes pelo KCCQ, antes e após 3 meses de terem sido submetidos a implantação de CDI.</p> <p><b>3</b> - A implantação do CDI está relacionada, não só com a redução da morte súbita, mas também com o benefício mantido ao longo do tempo na dimensão social e na perceção pessoal da QV associada à esperança. Também verificaram um benefício transitório (nos 3 meses após a colocação do CDI, mas não mantido aos 6 meses) na condição física (atividades de vida diária e funcionalidade) e na perceção global da QV. No entanto, não foi verificado influência da implantação do CDI nos sintomas, nem no conhecimento da sua condição clínica.</p>                                                                                                            |
| (Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, 2006; Schweikert et al., 2009)                                             | <p><b>3</b> - Em Portugal, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e, também, das mais importantes causas de internamento hospitalar, incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos e de diminuição significativa na QVRS.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| (Leal et al., 2011)<br>Health Related Quality of Life in Patients with Refractory Heart Failure Undergoing Cardiac Resynchronization: Type of Therapeutic Response | <p><b>1</b> - Avaliar o impacto da CRT na QVRS de doentes com IC congestiva, refractária ao tratamento farmacológico, dentro de 6 meses após o CRT.</p> <p><b>2</b> - Foram avaliados 43 doentes, antes e após terem sido submetidos a implantação de sucesso com CRT, através do KCCQ validado para Portugal.</p> <p><b>3</b> - Os doentes com IC crónica grave submetidos à TRC obtiveram um impacto favorável em todas as dimensões da QVRS.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (Leal et al., 2010b)<br>Influência do género na qualidade de vida em doentes com insuficiência cardíaca.                                                           | <p><b>1</b> - Avaliar a QV de 128 doentes com FEVE &lt; 35%, em classe II-IV da NYHA.</p> <p><b>2</b> - Avaliação da QV com a versão Portuguesa do KCCQ, no internamento, previamente e posteriormente à intervenção clínica. Avaliados ainda na consulta externa de <i>follow-up</i>, no 3º e 6º mês subsequentes à intervenção clínica.</p> <p><b>3</b> - O género por si só não determina a QV do doente com IC.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Tabela 2 - Estudos relacionados com a temática (continua).

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                           | <b>4. bjetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                       | <b>5. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                             | <b>6. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Leal, 2011)<br>Variáveis Psicológicas e percepção do estado de saúde em indivíduos submetidos a ressincronização cardíaca. | <p><b>1</b> - Avaliar os aspetos associados à recuperação do estado de saúde da IC, em particular, a esperança, o afeto e a felicidade.</p> <p><b>2</b> - Estudo longitudinal com 128 indivíduos sintomáticos com má FEVE. Foi usado o KCCQ para avaliar a QV, a Subjetive Hapiness Scale para a felicidade, a hope Scale para a esperança e a Positive and Negative Afect Schedule para o afeto. Os questionários de caracterização sócio-demográfica, clínica e funcional, KCCQ e o Subjetive Hapiness Scale foram aplicados em 3 momentos: no internamento, préviamente à instituição de terapêutica médica na sua totalidade, e ao 3 e 6º mês após a intervenção médica na consulta externa.</p> <p><b>3</b> - A importância das variáveis positivas a par dos procedimentos clínicos no tratamento das pessoas com IC, uma vez que a esperança, a felicidade (predictora da QV e da funcionalidade) e o afeto relacionam-se com a QV.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Pinto & Ribeiro, 2010)<br>Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida.      | <p><b>1</b> - Analisar as diferenças da espiritualidade de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas, num grupo de sobreviventes de cancro; avaliar a correlação entre as dimensões da espiritualidade e da QV.</p> <p><b>2</b> - Participaram no estudo 426 doentes que tinham tido uma doença oncológica. Avaliados através de um questionário sociodemográfico, da escala de espiritualidade e do questionário de qualidade de vida para doentes com cancro.</p> <p><b>3</b> – A espiritualidade é predictora de uma melhor QV.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Estudos Internacionais</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (ESC Guidelines, 2012)<br>Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012                | <p><b>3</b> -- Os doentes com IC com FE preservada são frequentemente mais velhos, do sexo feminino, mais propensos para a hipertensão e menos para a doença coronária, do que aqueles com IC com FE reduzida;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A gravidade dos sintomas (NYHA) não se relaciona com a função ventricular;</li> <li>- Recomenda os programas de gestão multidisciplinares;</li> <li>- O foco dos cuidados paliativos dos doentes com IC deve ser na melhoria da QV, no controle dos sintomas, na deteção e tratamento precoce de episódios de agravamento e na prossecução de uma abordagem holística no cuidado ao doente, a nível físico, psicológico, social, espiritual e de bem-estar;</li> <li>- 1 a 2% da população nos países desenvolvidos têm IC;</li> <li>- ≥ 10% nas pessoas com mais de 70 anos têm IC;</li> <li>- Na Europa, pelo menos metade dos doentes com IC tem uma FE reduzida;</li> <li>- A doença coronária é a principal etiologia, de cerca de dois terços dos doentes com IC;</li> <li>- O desenvolvimento de sintomas e o agravamento destes, ao longo do tempo, conduz à diminuição da QV, ao declínio da capacidade funcional e a episódios de descompensação que conduzem à admissão hospitalar (muitas vezes recorrente e dispendiosa para os serviços de saúde) e à morte prematura;</li> <li>- A melhoria da QV e da capacidade funcional são aspetos extremamente importantes a ter em conta, mas difíceis de medir;</li> <li>- A revascularização miocárdica, a cirurgia valvular e o transplante cardíaco tem um impacto positivo na sintomatologia, na sobrevivência, na taxa de hospitalização por doença cardíaca, na mortalidade de causa cardíaca e na QV.</li> </ul> |

Continuação da Tabela 3 - Estudos relacionados com a temática

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                                                                                  | <b>1. Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                              | <b>2. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                    | <b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Hoekstra, Lesman-Leegte, van Veldhuisen, Sanderman & Jaarsma, 2011) Quality of life is impaired similarly in heart failure patients with preserved and reduced ejection fraction. | <p><b>1</b> - Comparar a QV da IC dos doentes com FE preservada com os doentes com FE reduzida.</p> <p><b>2</b> - Foram avaliados 290 doentes com IC, dos quais 145 tinham FE preservada e 145 com FE reduzida. A QV foi avaliada pela escala Cantril da Vida, RAND Medical Outcomes Study Instrument, pelo MLHFQ e o comprometimento da QV foi ajustado pelo Peptídeo Natriurético tipo B como marcador de gravidade da IC.</p> <p><b>3</b> - QV é igualmente prejudicada em doentes com IC com FE preservada como em IC com FE reduzida.</p>                                                                                                             |
| (Juenger et al., 2002)<br>Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables.   | <p><b>1</b> - Avaliar a QVRS de doentes com IC congestiva. Comparar a sua QV com a população previamente caracterizada em geral e em doentes com outras doenças crónicas. Correlacionar os diferentes aspetos da QV com variáveis relevantes somáticas.</p> <p><b>2</b> - Uma versão alemã do SF 36, com 8 dimensões, foi aplicada a 205 doentes com IC congestiva e com disfunção sistólica. A avaliação cardiopulmonar inclui a avaliação da classe funcional NYHA, FEVE, consumo de oxigénio máximo e a distância percorrida durante o teste de caminhada de 6 minutos.</p> <p><b>3</b> - Na IC à medida que piora a classe funcional a QV diminui.</p> |
| (Joint ESC Guidelines, 2012; Silver et al., 2004)<br>European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)                                  | <p><b>3</b> - A doença cardiovascular continua a ser a principal causa de morte prematura em todo o mundo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Dracup, Walden, Stevenson & Brecht, 1992)<br>Quality of life in patients with advanced heart failure.                                                                             | <p><b>1</b> - Medir a QV de 134 doentes com sintomas de IC, que estavam a ser avaliados para transplante do coração.</p> <p><b>2</b> - A QV foi avaliada pelo status funcional, sintomas físicos, estado emocional e adaptação psicossocial.</p> <p><b>3</b> - Os principais sintomas nos doentes com IC, que limitam as atividades de vida diária e levam à intolerância do exercício, são a dispneia, o cansaço e a fadiga.</p>                                                                                                                                                                                                                          |
| (Rumsfeld et al., 2003)<br>Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure.                                | <p><b>1</b> - Avaliar se os sintomas depressivos estão associados com as mudanças específicas do estado de saúde da IC.</p> <p><b>2</b> - Foram avaliados 460 doentes através do questionário da depressão e do KCCQ. Foi realizado um estudo multicêntrico de coorte prospetivo de doentes com IC</p> <p><b>3</b> - A depressão é comum nos doentes com IC, mas o impacto dos sintomas depressivos no seu estado de saúde, ao longo do tempo, são também um forte preditor de agravamento dos sintomas de IC, da função física e social e da QV, sendo por isso importante a sua deteção precoce.</p>                                                     |
| (ESC Guidelines, 2012; Leal et al., 2011; Vaishnava & Lewis, 2007)<br>Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012                           | <p><b>3</b> - Uma terapêutica farmacológica eficaz e a terapia com CRT reduzem o risco de morte, o número de internamentos hospitalares por descompensação da doença, aumentam a sobrevivência, melhoram os sintomas, a QV, a capacidade do exercício e a função ventricular.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| (Vaishnava & Lewis, 2007)<br>Assessment of quality of life in severe heart failure. Current Heart Failure Reports.                                                                 | <p><b>1</b> - Avaliar a QVRS em doentes com IC submetidos a CRT.</p> <p><b>3</b> - Melhoria evidente na QVRS em doentes com IC grave submetidos a CRT.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

Continuação da Tabela 4 - Estudos relacionados com a temática

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>1. Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>2. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| (Zata, 2010)<br>Avaliação da qualidade de vida de portadores de marcapasso cardíaco artificial em Goiânia, Goiás.                                                                                                                                   | <p><b>1</b> - Avaliar a QV dos doentes com PMD através do SF-36 e do Assessment of Quality of Life and Related Events.</p> <p><b>2</b> - Estudo descritivo exploratório onde foram entrevistados 84 doentes com PMD, após 6 meses da sua implantação.</p> <p><b>3</b> - Uma melhoria considerável da QV destes doentes, principalmente com a redução significativa dos sintomas.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (Calvert, Freemantle & Cleland, 2005; Leidy, Rentz & Zyczynski, 1999)<br>The impact of chronic heart failure on health related quality of life data acquired in the baseline phase of the cardiac resynchronization therapy in heart failure study. | <p><b>1</b> - Avaliar a QV dos doentes com IC na ressincronização cardíaca na IC.</p> <p><b>2</b> - Avaliação da QV usando o EQ-5D e o MLHFQ.</p> <p><b>3</b> - Apesar dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos terem um impacto positivo na QV da IC, a dimensão principalmente afetada parece ser a mobilidade e o desempenho das suas atividades de vida diárias.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| (Leidy, Rentz & Zyczynski, 1999)<br>Evaluating Health-related quality-of-life outcomes in patients with congestive heart failure. A review of recent randomised controlled trials.                                                                  | <p><b>1</b> - Identificar as tendências recentes, na avaliação de problemas de saúde relacionados com a QV, resultantes de estudos randomizados e controlados que avaliaram a eficácia do tratamento em doentes com IC crónica.</p> <p><b>2</b> - Foram avaliados 41 estudos na QV da IC, com resultados explícitos e publicados em Inglês, entre 1990 e setembro de 1998.</p> <p><b>3</b> - Apesar dos tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos terem um impacto positivo na QV da IC, a dimensão principalmente afetada parece ser a mobilidade e o desempenho das suas atividades de vida diárias que podem, ou não, ser acompanhadas pelo aumento de bem-estar.</p>                                              |
| (Riedinger et al., 2001)<br>Quality of life patients with heart failure: do gender differences.                                                                                                                                                     | <p><b>1</b> - Avaliar as diferenças de género em termos de QV nos doentes com IC.</p> <p><b>2</b> - Avaliados 1382 doentes com IC através do Profile of Mood States Inventory, do Funtional Status Questionnaire, do beta-Blocker Heart Attack Trial Instrument e do RAND Medical Outcomes Study instrument.</p> <p><b>3</b> - As piores classificações de QV são verificadas no sexo feminino nas dimensões das atividades de vida diária e na limitação social.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Pressler et al., 2010)<br>Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure.                                                                                                                                          | <p><b>1</b> - Avaliar a relação entre a gravidade da IC, idade, co morbilidades, défices cognitivos e QVRS nos doentes com IC, e analisar se os défices cognitivos interferem na relação entre a gravidade da IC e a QVRS.</p> <p><b>2</b> - Efetuadas entrevistas a 249 doentes com IC, através de medidas de gravidade da IC, co morbilidades, função cognitiva e QVRS. As variáveis clínicas foram extraídas dos processos clínicos.</p> <p><b>3</b> - Apesar do facto de existir diminuição da função cognitiva e psicomotora nos idosos com IC grave, que levam a uma redução das suas atividades habituais, estes défices cognitivos não estão relacionados com a gravidade da doença nem com a diminuição da QV.</p> |
| (Bowling et al., 2012)<br>Impairment of activities of daily living and incident heart failure in community-dwelling older adults.                                                                                                                   | <p><b>1</b> - Avaliar a associação entre as atividades de vida diária e a incidência de IC em idosos.</p> <p><b>2</b> - Avaliados 5511 indivíduos com idade ≥ 65 anos.</p> <p><b>3</b> - Não existe relação entre os idosos com dificuldade em realizar as suas atividades de vida diária e a incidência de IC.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Continuação da Tabela 5 - Estudos relacionados com a temática

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                                                                                              | <b>4. Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                                          | <b>5. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                | <b>6. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| (Pelegriño, 2008)<br>Avaliação do estado geral de saúde e do impacto da insuficiência cardíaca por pacientes em seguimento ambulatorial.                                                       | <p><b>1</b> - Avaliar o estado geral de saúde com o SF-36, o impacto da IC na vida diária utilizando o MLHFQ e analisar as relações entre as variáveis, estado de saúde percebido e impacto da IC com as variáveis sócio-demográficas e clínicas.</p> <p><b>2</b> - Estudo descritivo, correlacional tipo corte transversal com 138 doentes com IC em seguimento ambulatorial.</p> <p><b>3</b> - Quanto menor o impacto da IC na vida dos doentes, melhor é a QVRS; e por outro lado, quanto maior o impacto da IC na vida do doente, pior é a avaliação do estado de saúde geral. A QVRS deteriora assim, com a progressão da classe funcional e da FE;</p> <p>- O menor impacto de IC nos doentes com maior tempo de seguimento pelos profissionais.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| (Gott et al., 2006)<br>Predictors of the quality of life older people with heart failure recruited from primary care.                                                                          | <p><b>1</b> - Identificar os fatores preditivos de QV dos idosos, recrutados de contextos comunitários.</p> <p><b>2</b> - 542 doentes com IC com idade superior a 60 anos preencheram o KCCQ, o SF-36 e as informações sociodemográficas.</p> <p><b>3</b> - O impacto da IC na QV é comprovado em alguns estudos como uma diminuição da QV nos idosos com IC, sendo esta relação verificada com maior prevalência em doentes do sexo feminino, em doentes em classe NYHA III ou IV, que mostram evidência de depressão, com baixo nível socioeconómico, com duas ou mais comorbidades e nos idosos mais velhos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Iqbal, Francis, Reid, Murray & Denvir, 2010)<br>Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3 – years follow-up study assessing hospitalization and mortality. | <p><b>1</b> - Avaliar os efeitos de uma ampla gama de fatores clínicos, sociais, psicológicos e demográficos sobre a QV, num estudo de coorte de doentes com IC crónica e seus cuidadores, para investigar o impacto da QV na hospitalização e mortalidade subsequente.</p> <p><b>2</b> – Avaliados 179 doentes com IC crónica de um hospital académico e 179 cuidadores informais que preencheram o questionário EQ-5D, o MLHFQ e os dados demográficos, sociais e clínicos. Os doentes foram acompanhados durante 3 anos para avaliar as hospitalizações e a mortalidade.</p> <p><b>3</b> - A IC com classe NYHA grave, o baixo status socioeconómico e a falta de apoio social levam à diminuição da QV em doentes com IC crónica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007)<br>Living with Heart Failure; Patient and Carer Perspectives.                                                                                               | <p><b>1</b> - Explorar a forma como os doentes com IC e os prestadores de cuidados lidam diariamente com a IC.</p> <p><b>2</b> – Avaliados 36 doentes e 20 cuidadores que foram entrevistados em 5 centros no Reino Unido.</p> <p><b>3</b> – O serviço de apoio psicológico e de reabilitação, prestados no momento do diagnóstico e após um episódio agudo, permite às famílias gerir melhor esta síndrome;</p> <p>- A existência de dificuldades por parte dos doentes em se adaptarem à limitação funcional da doença. Estas dificuldades surgem principalmente nos doentes com menor recursos socioeconómicos, nos grupos étnicos com diferentes crenças sobre a doença/ tratamento e com dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde;</p> <p>- Os doentes mencionam a importância dos sintomas físicos na sua adaptação à doença, no entanto eles também identificam problemas relacionados com os efeitos secundários dos medicamentos, as comorbidades, a falta de apoio psicossocial e de reabilitação.</p> |

Continuação da Tabela 6 - Estudos relacionados com a temática.

| <b>Autor/Data</b><br><b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                          | <b>1. Objetivo do estudo</b><br><b>2. Amostra/ Metodologia</b><br><b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Pelegriño, Dantas & Clark, 2011)<br>Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure.                                                                                 | <b>1</b> - Analisar as variáveis associadas à QVRS de 130 doentes com IC, em seguimento ambulatorial.<br><b>2</b> - Estudo descritivo e exploratório que avalia a QVRS através do MLHFQ e do SF-36.<br><b>3</b> - Os doentes com IC enfrentam uma variedade de sintomas, não só físicos (dispneia, fadiga, dor, edema e perda de apetite), mas também sintomas psicológicos (ansiedade e depressão), os quais podem afetar negativamente a QV. O impacto da doença sobre a QVRS é influenciado por vários fatores, incluindo a idade, o sexo, (sexo feminino tende a relatar mais limitações físicas e sintomas depressivos), a disfunção ventricular esquerda, a classe funcional da NYHA, a gravidade da IC, o risco de mortalidade e a saúde mental;<br>- A gestão eficaz das limitações nas atividades da vida diária, que causam efeitos adversos tanto sobre a sua saúde física e mental como na sua perceção da QV, torna-se extremamente importante para o sucesso do autocuidado e para a manutenção da QVRS. Controlar os sintomas e manter um bem-estar mental, com o desenvolvimento de intervenções para melhorar o estado psicológico do doente, são elementos essenciais que podem melhorar a abordagem eficaz da IC, o estado dos sintomas físicos e a QVRS. |
| (Bosworth et al., 2004)<br>Congestive heart failure patients perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors.                                                  | <b>1</b> - Reunir descrições da QV dos doentes com IC.<br><b>2</b> - Avaliados doentes em classe I-IV da NYHA e com FE < 40%.<br><b>3</b> - Aspetos psicossociais são importantes dimensões da QV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| (Berry & McMurray, 1999)<br>Economics of chronic heart failure.                                                                                                                                     | <b>1</b> - Discutir a Epidemiologia da IC crónica, os diferentes métodos de avaliação económica, os custos da terapia medicamentosa, a despesa real da IC crónica nos países desenvolvidos e as perspetivas futuras de intervenções de saúde emergentes que podem levar à redução das despesas com a IC crónica.<br><b>3</b> - A QV destes doentes é afetada, não só pelos efeitos adversos do tratamento e pelos seus sintomas físicos que limitam as atividades de vida diária, as relações pessoais, a atividade sexual e a capacidade de trabalho (doentes numa crescente dependência de outras pessoas), mas também pela consciência do seu estado clínico e pelos problemas psicológicos que o podem conduzir à limitação social, ao isolamento, à depressão, a distúrbios do sono e à ansiedade;<br>- A otimização da terapêutica medicamentosa e os programas de gestão da comunidade baseados em Enfermagem podem melhorar os resultados clínicos e económicos da IC.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| (Murberg, Bru, Svebak, Tvetas & Aarsland, 1999)<br>Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two years follow up study. | <b>1</b> - Avaliar o humor depressivo em doentes com IC.<br><b>2</b> - Avaliados 119 doentes.<br><b>3</b> - As limitações que a doença impõe a estes doentes, leva-os a abandonarem as suas atividades e os seus contactos sociais e familiares e, deste modo, a perder o apoio social e familiar que tinham anteriormente. Por outro lado, a exaustão dos familiares e amigos ao tentar compreender o comportamento do doente e a incapacidade para lidar com estas debilidades leva-os ao abandono do contacto com o familiar ou amigo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| (Bekelman et al., 2007)<br>Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure.                                                                                                | <b>1</b> - Avaliar os sintomas, a depressão e a QV em doentes com IC.<br><b>2</b> - Avaliados 60 doentes com IC em ambulatório através do Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form, do Geriatric Depression Scale-Short Form e do KCCQ.<br><b>3</b> - O humor deprimido destes doentes está significativamente relacionado com uma maior intensidade de sintomas, que levam a uma diminuição da QV relacionada com a doença.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



Continuação da Tabela 7 - Estudos relacionados com a temática.

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                                     | <b>1. Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                                 | <b>2. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                       | <b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| (Lee, Yu, Woo & Thompson, 2005)<br>Health-related quality of life in patients with congestive heart failure.                          | <p><b>1</b> - Identificar os fatores significativos demográficos, clínicos e psicossociais associados à QVRS em doentes com IC congestiva.</p> <p><b>2</b> - Avaliados 227 doentes com IC congestiva recrutados na unidade médica de um hospital geral em Hong Kong. Estudo transversal que avaliou informações obtidas a partir de dados clínicos do doente, através dos registos hospitalares sobre o estado de saúde, QVRS, estado funcional, estado psicológico, apoio social e perceção de saúde.</p> <p><b>3</b> - Um alto nível de ansiedade e de depressão é o fator mais prejudicial para a QVRS destes doentes. Logo, promover a saúde psicológica e funcional e ajudar estes doentes a ter uma atitude positiva para com o seu estado de saúde reforça a sua QVRS e é considerada uma meta importante do tratamento da IC;</p> <p>- O baixo nível educacional, o stress psicológico, a má perceção de saúde e a alta classificação NYHA foram identificados como os fatores de risco com pior QVRS, em doentes com IC.</p>                                                                                                                                                                                                           |
| (Rico et al., 1995)<br>A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. | <p><b>1 e 2</b> - Estudo prospetivo e randomizado sobre a ação de Enfermagem, que dirigiu a intervenção multidisciplinar, nas taxas de readmissão no prazo de 90 dias após a alta hospitalar, na QV e nos custos de cuidados, em doentes (de alto risco) com 70 anos de idade ou mais velhos, que eram hospitalizados com IC congestiva. A intervenção consistiu na educação abrangente do doente e da família, prescrição de uma dieta, orientação para o serviço social, planeamento de alta precoce, revisão dos medicamentos e um acompanhamento intensivo.</p> <p><b>3</b> - O motivo mais frequente da admissão hospitalar de idosos deve-se a fatores comportamentais, tais como a baixa adesão ao tratamento, que contribui para o seu agravamento.</p> <p>- O prognóstico e o controlo da doença estão profundamente dependentes da adesão do doente ao tratamento farmacológico e não farmacológico e, ainda, muitos internamentos poderiam ser evitados com os programas de intervenção multidisciplinar baseados em Enfermagem (consiste na educação para o autocuidado do doente e da família e um acompanhamento intensivo). Estes programas, podem melhorar a QV, reduzir as recorrências ao hospitalar e os custos médicos.</p> |
| (ESC Guidelines, 2008; Granger et al., 2005)<br>Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008.   | <p><b>3</b> - Apenas 20-60% dos doentes com IC cumprem os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que lhes são prescritos. Os dados recolhidos através do estudo EuroHeart Failure Survey revelam que uma grande percentagem de doentes interpreta mal ou não se lembra de ter recebido recomendações relativamente aos autocuidados, nomeadamente instruções sobre medicação ou dieta, entre outras.</p> <p>- Um relacionamento forte entre os profissionais de saúde e os doentes/familiares e o apoio suficiente de uma rede social ativa que contribui para uma maior adesão ao tratamento;</p> <p>- O autocuidado faz parte de um tratamento de IC bem-sucedido, que pode influenciar significativamente os sintomas, a capacidade funcional, o bem-estar, a morbilidade e o prognóstico;</p> <p>- Uma boa adesão dos doentes ao tratamento e o seguimento destes doentes foi associada a uma redução significativa da taxa de internamento, à diminuição da morbilidade e da mortalidade e a uma melhoria do bem-estar.</p>                                                                                                                                                                                                       |

Continuação da Tabela 8 - Estudos relacionados com a temática.

| <b>Autor/Data</b><br><b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                           | <b>1. Objetivo do estudo</b><br><b>2. Amostra/ Metodologia</b><br><b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Margoto, Cunha, Colombo, Bueno & Gallani, 2009)<br>Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca internado por descompensação clínica.            | <b>1</b> - Identificar o perfil sociodemográfico e clínico, a história de hospitalizações por IC e o seguimento (consultas regulares, tratamento medicamentoso, fatores facilitadores e dificuldades no seguimento) do doente internado por quadro de descompensação clínica.<br><b>2</b> - Entrevistados 61 doentes.<br><b>3</b> – A descompensação do quadro clínico da IC, que leva aos reinternamentos hospitalares, está relacionada, não só com as falhas do sistema de saúde, que muitas vezes dificulta o acesso aos cuidados de saúde, com lacunas no seguimento destes doentes após a alta hospitalar, nomeadamente em consultas periódicas, com a falta de informação sobre a doença, a falta de suporte socioeconómico e familiar dos doentes idosos com IC (que vivem sozinhos ou de doentes com IC em idade produtiva mas profissionalmente não ativos). Mas também, a descompensação do quadro clínico da IC, está relacionada com os fatores comportamentais do doente, tais como a baixa escolaridade, a não adesão à terapêutica, a dificuldade em modificar hábitos e estilos de vida, o não reconhecimento da gravidade da doença e da importância do tratamento farmacológico e, essencialmente, do não farmacológico, e ainda o não reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação do quadro clínico, principalmente em fases precoces, altura em que ainda são tolerados pelo doente, mas se fossem reconhecidos e valorizados poderiam levar à intervenção precoce e evitar o internamento;<br>- Deste modo, a nível geral deve ser garantido o direito ao acesso ao serviço de saúde e ao bom atendimento e, a nível individual as ações educativas devem esclarecer o doente quanto à sua afeção, gravidade, prognóstico e necessidade de seguimento regular, bem como, a adoção de estratégias para ultrapassar as suas dificuldades no tratamento. |
| (Zambroski, Morse, Bhat & Ziegler, 2005)<br>Impact of Symptom Prevalence and Symptom Burden on Quality of Life in Patients with Heart Failure.                                       | <b>1</b> - Determinar a prevalência de sintomas e a gravidade dos sintomas de angústia. Determinar o impacto da idade e do sexo na prevalência da gravidade dos sintomas de angústia. Determinar o impacto da prevalência dos sintomas sobre a QV em doentes com IC.<br><b>2</b> – Participaram, neste estudo transversal, 53 doentes com IC. Os sintomas e a QVRS foram medidos usando o Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure e o MLHFQ.<br><b>3</b> - A dispneia e a astenia são os sintomas mais prevalentes da IC, sendo a dificuldade em dormir o sintoma mais incómodo. Idades mais jovens, estado funcionais mais avançados, a maior prevalência de sintomas e a gravidade destes, afetam negativamente a QVRS. Perante isto, a Enfermagem deve direcionar as suas intervenções para diminuir a frequência, a gravidade e a angústia dos sintomas e ainda melhorar a QV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (Rabelo, Aliti, Domingues, Ruschel & Brun, 2007)<br>O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. | <b>1</b> - Revisão detalhada dos aspetos envolvidos no processo de educação dos doentes, das clínicas de IC, efetuada pelos Enfermeiros.<br><b>3</b> - É essencialmente a Enfermagem que desempenha um papel primordial na educação e acompanhamento destes doentes. Estes programas têm o objetivo de ensinar, reforçar e avaliar sistematicamente a capacidade dos doentes para o autocuidado, que incluem a monitorização do peso, a restrição de líquidos, a realização de atividade física, a adesão à terapêutica, a monitorização de sinais e sintomas de agravamento da doença e o contacto precoce com os profissionais de saúde da clínica de IC;<br>- A educação para o conhecimento da doença e o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado são considerados a chave para melhorar a adesão, evitar episódios de descompensação e consequentemente manter a estabilidade clínica dos doentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

Continuação da Tabela 9 - Estudos relacionados com a temática.

| <b>Autor/Data</b><br><b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                                                | <b>1. Objetivo do estudo</b><br><b>2. Amostra/ Metodologia</b><br><b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Stewart, Marley & Horowitz, 1999)<br>Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. | <b>1</b> - Avaliar a frequência de readmissão, não planeada, de 2 grupos de doentes com IC crónica, com alta hospitalar após um internamento agudo: os que foram submetidos a cuidados habituais (n=100) e os doentes que foram submetidos a visita domiciliária por uma Enfermeira, 7 a 14 dias após a alta.<br><b>3</b> - A eficácia da terapêutica da IC pode ser otimizada com a adoção de visitas domiciliárias, com o intuito de identificar e tratar os fatores precipitantes de possível agravamento e consequente readmissão, prolongar uma sobrevida reduzindo os episódios de descompensações e melhorar a QV dos doentes com IC crónica.                                                                                                                                                                                                                                |
| (While & Kiek, 2009)<br>Chronic heart failure: promoting quality of life.                                                                                                                                                 | <b>1</b> - Relatar uma revisão da literatura, da pesquisa de 5 bases de dados eletrónicas, para identificar os estudos relacionados com a promoção da QV na IC.<br><b>3</b> - Os programas de tratamento da IC baseados em Enfermagem visam, não só a autovigilância do doente e da família, mas também a sua máxima independência na realização das atividades de vida, promovendo o exercício regular e o autocuidado, bem como o bem-estar dos doentes e a melhoria da QV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Barbareschi, Sanderman, Leegte, van Veldhuisen & Jaarsma, 2011)<br>Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study.                                                            | <b>1</b> - Avaliar os resultados do acompanhamento e aconselhamento na IC. Examinar se o nível educacional está relacionado com as diferenças, ao longo do tempo, na QV dos doentes com IC.<br><b>2</b> - Avaliada a QV de 553 doentes com IC durante o internamento e 4 vezes após a alta.<br><b>3</b> - Baixos níveis de educação têm pior condição física e funcional; por isso, as orientações do programa devem ser repetidas e reforçadas positivamente para colmatar a falta de conhecimento e a baixa adesão às recomendações do autocuidado, eliminando deste modo os fatores preditivos de readmissão.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| (Seto et al., 2011)<br>Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic.                                                                                              | <b>1</b> - Investigar o autocuidado e a QV dos doentes de uma clínica cardíaca multidisciplinar e explorar a relação entre o autocuidado e a QV.<br><b>2</b> - 100 doentes em ambulatório de uma clínica cardíaca multidisciplinar preencheram o questionário do autocuidado da IC e o MLHFQ, que foram utilizados para avaliar o comportamento do autocuidado e a QV, respetivamente. O autocuidado e as barreiras percebidas foram avaliados através de entrevista estruturada com cada doente.<br><b>3</b> - As barreiras encontradas para um adequado autocuidado são essencialmente a falta de educação para a saúde, a falta de perceção do benefício e a baixa autoeficácia. Assim, é necessário através da instrução, ajudar a melhorar o autocuidado e a QV;<br>- A melhor QV está associada à maior confiança no autocuidado dos doentes das clínicas multidisciplinares. |
| (Corrêa, Santos, Rocha, Tura & Albuquerque, 2009)<br>Quality of life of patients with heart failure: a quantitative study                                                                                                 | <b>1</b> - Verificar se os cuidados de Enfermagem, com base na escuta sensível, contribuem para a melhoria da QV dos doentes com IC, durante 4 meses.<br><b>2</b> - Estudo quase-experimental que usou o MLHFQ para avaliar a QV dos doentes com IC.<br><b>3</b> - Uma melhoria significativa da QV após o acompanhamento dos doentes com IC nos cuidados de Enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| (Bennett et al., 2001)<br>Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients.                                                                                                            | <b>1</b> - Descrever o apoio social percebido pelos doentes com IC durante um internamento hospitalar e 12 meses mais tarde. Analisar as diferenças de apoio social em função do sexo e da idade. Examinar o apoio social como um preditor de saúde de QV.<br><b>2</b> - 227 doentes preencheram o questionário de Pesquisa de Apoio Social e o questionário de IC crónica, enquanto estavam hospitalizados com IC, e 12 meses após os questionários foram novamente preenchidos por 147 doentes.<br><b>3</b> - Mudanças importantes no apoio social foram preditores significativas de mudanças na saúde relacionadas com QV.                                                                                                                                                                                                                                                      |

Conclusão da Tabela 10 - Estudos relacionados com a temática.

| <b>Autor/Data</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>1. Objetivo do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título do documento consultado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>2. Amostra/ Metodologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>3. Conclusões do estudo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (Buck et al., 2012)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>1</b> - Descrever a relação entre o autocuidado dos doentes idosos com idade $\geq 65$ anos com IC e a QVRS.                                                                                                                                                                                      |
| Relationship between self-care and health-related quality of life in adults with moderate to advanced heart failure.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>2</b> – Foi usada a escala do autocuidado da IC na manutenção, gestão e confiança. Para avaliar a QV foi usado o MLHFQ.<br><b>3</b> - O grau de confiança dos doentes com IC, que seguem um regime de tratamento e que são vigilantes no seu autocuidado, está relacionado com o aumento da QVRS. |
| Legenda: CDI – Cardioversor Desfibrilhador Implantável; CRT - Terapêutica de Ressincronização Cardíaca; EQ-5D - Euro Quality of Life Instrument-5D; FE – Fração de Ejeção; FEVE – Fração de Ejeção do Ventriculo Esquerdo; IC – Insuficiência Cardíaca; KCCQ - Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire; MLHFQ - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire; NYHA - New York Heart Association; PMD – Pacemaker Definitivo; QV – Qualidade de Vida; QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde; SF 36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## APÊNDICE II - Questionário Sociodemográfico e Clínico.



### III PARTE

#### Questionário Sociodemográfico e Clínico

Leia com atenção as questões seguidamente expostas.

#### Situação Sociodemográfica:

Por favor, **assinale com uma cruz no ☐**, na questão que melhor expressa a sua situação.

##### 1 - Género:

Masculino ..... ☐

Feminino ..... ☐

##### 2 - Idade \_\_\_\_\_ anos

##### 3 - Estado Civil:

Solteiro/ Divorciado/ Separado/ Viúvo ..... ☐

Casado/ União de facto ..... ☐

##### 4 - Nível de Instrução:

Não sabe ler e escrever ..... ☐

Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino..... ☐

1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe)..... ☐

2º ciclo do ensino básico (6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório)..... ☐

1º ciclo do ensino básico (9º ano/antigo 5ºano do curso geral dos liceus)..... ☐

Ensino Secundário (12º ano/7º ano do curso complementar dos liceus)..... ☐

Ensino pós-secundário (curso especializ. tecnológica ou outro não conferente a grau)..... ☐

Ensino superior..... ☐

##### 5 - Área de Residência:

Urbana ..... ☐

Rural ..... ☐

##### 6 - Sente apoio da família?

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

##### 7 - Sente apoio dos amigos?

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

Por favor, **assinale com uma cruz no ☐**, na questão que melhor expressa a sua situação.

**8 - Possui condições económicas mínimas necessárias para tratar a sua insuficiência cardíaca (por exemplo: para a medicação, transporte para as consultas...)?**

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

**Estado clínico:**

Se está a ser seguido na Clínica de Insuficiência Cardíaca, responda por favor há questão nº 1 **colocando um X num só ☐**, em cada afirmação se acha que ela é verdadeira ou falsa.

**1 - Pelo facto de frequentar a Clínica de Insuficiência Cardíaca:**

|                                                                                                                                                                                                     | <b>Verdadeiro</b>        | <b>Falso</b>             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tenho maior facilidade no acesso ao serviço de saúde .....                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho um maior acompanhamento em consultas periódicas a nível médico e de Enfermagem....                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tenho um maior conhecimento e controle da minha doença.....                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Admito uma maior gravidade da minha doença.....                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinto uma maior capacidade para fazer alterações no meu estilo de vida (por exemplo: controlar o peso, diminuir o consumo de sal...) para ajudar a controlar a minha insuficiência cardíaca.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconheço uma maior importância da toma da medicação como prescrito .....                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estou mais vigilante aos sinais e sintomas de descompensação da doença (por exemplo: pernas inchadas, aumento rápido do peso...) e recorro antecipadamente à Clínica de Insuficiência Cardíaca..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Muito obrigado(a) por ter preenchido este questionário!**



A preencher pelo Investigador

### 1 - Tipo de intervenção a que foi submetido:

- Transplante Cardíaco ..... ☐
- Pacemaker definitivo (PMD) ..... ☐
- Cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI) ..... ☐
- Terapêutica de Dessincronização Cardíaca (TRC)..... ☐
- Cirurgia valvular..... ☐
- Cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM)..... ☐
- Angioplastia Coronária Percutânea (PTCA)..... ☐
- Optimização Terapêutica Farmacológica..... ☐
- Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC) ..... ☐
- Outros..... ☐

### 2 - Etiologia da IC:

- Isquémica ..... ☐
- Hipertensiva ..... ☐
- Valvular ..... ☐
- Idiopática ..... ☐
- Drogas/ Tóxicos ..... ☐
- Outra ..... ☐

### 3 - Classificação New York Heart Association (NYHA) da Insuficiência Cardíaca:

- Classe I ..... ☐
- Classe II ..... ☐
- Classe III ..... ☐
- Classe IV ..... ☐

### 4 - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE):

- <35% ..... ☐
- 36-50% ..... ☐



APÊNDICE III - Tabela 2 – Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir.



Tabela 2 - Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir (continua).

---

**No EQ-5D, para a questão:**

- Mobilidade é atribuído o código “Mobilidade” e o valor 1 para: Não tenho problemas em andar; o valor 2 para: Tenho alguns problemas em andar; e o valor 3 para: Tenho de estar na cama.
- Cuidados pessoais é atribuído o código “CuidadosPessoais” e o valor 1 para: Não tenho problemas em cuidar de mim; o valor 2 para: Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me; e o valor 3 para: Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a.
- Atividades Habituais é atribuído o código “ActividadesHabituais” e o valor 1 para: Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais; o valor 2 para: Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais; e o valor 3 para: Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais.
- Dor/Mal - estar é atribuído o código “DorMalEstar” e o valor 1 para: Não tenho dores ou mal-estar; o valor 2 para: Tenho dores ou mal-estar moderados; e o valor 3 para: Tenho dores ou mal-estar extremos.
- Ansiedade/ Depressão é atribuído o código “AnsiedadeDepressão” e o valor 1 para: Não estou ansioso/a ou deprimido/a; o valor 2 para: Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a; e o valor 3 para: Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a.
- Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é: foi atribuído o código “ComparaçãoNívelGeralSaúde” e o valor 1 para: Melhor; o valor 2 para: O mesmo; e o valor 3 para: Pior.
- Para ajudar as pessoas a classificar o seu estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) foi atribuído o código “EstadoSaúdeHoje” e os respetivos valores que os doentes atribuíram ao seu estado de saúde.

---

**No KCCQ:**

Para a questão 1: a insuficiência cardíaca afeta pessoas diferentes de diferentes maneiras. Algumas sentem falta de ar, outras sentem-se cansadas. Indique o quanto está limitado pela sua insuficiência cardíaca (falta de ar ou cansaço), na sua capacidade em realizar as seguintes atividades nas últimas 2 semanas:

- Vestir-se foi atribuído o código “LFBVestir” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.
- Tomar banho / duche foi atribuído o código “LFBanho” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.
- Andar cerca de 500 metros em terreno plano foi atribuído o código “LFAndarPlano” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.
- Fazer trabalhos pesados em casa ou carregar compras foi atribuído o código “LFTrabalhosPesados” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.
- Subir um lance de escadas sem parar foi atribuído o código “LFSubirEscadas” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.
- Andar depressa ou correr (como se fosse apanhar o autocarro) foi atribuído o código “LFAndarDepressa” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada Limitada; e o valor 6 para: Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.

---

**No KCCQ, para a questão 2:**

- Na presente data e em comparação com há 2 semanas atrás, os seus sintomas de insuficiência cardíaca (falta de ar, cansaço, inchaço dos tornozelos) mudaram? foi atribuído o código “SES” e o valor 1 para: Piorado muito; o valor 2 para Piorado pouco; o valor 3 para: Iguais; o valor 4 para: Melhorado pouco; o valor 5 para: Melhorado muito; e o valor 6 para: Não tenho tido sintomas nas últimas 2 semanas.

Continuação da Tabela 2 - Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir.

- No KCCQ, para a questão 3:

- Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes acordou com os pés, tornozelos ou pernas inchadas? Foi atribuído o código “SFEdeemas” e o valor 1 para: Todas as manhãs; o valor 2 para: 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias; o valor 3 para: 1 – 2 vezes por semana; o valor 4 para: Menos que uma vez por semana; e o valor 5 para: Nunca nas últimas 2 semanas;

- No KCCQ, para a questão 4:

- Durante as últimas 2 semana, quanto é que o inchaço nos pés, tornozelos ou perna o/a tem incomodado? Tem sido... foi atribuído o código “SGEdeemas” e o valor 1 para: Extremamente incomodativo; o valor 2 para: Muito incomodativo; o valor 3 para: Moderadamente incomodativo; o valor 4 para: Um pouco incomodativo; o valor 5 para: Nada incomodativo; e o valor 6 para: Não tive inchaços.

- No KCCQ, para a questão 5:

- Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes o cansaço tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer? Foi atribuído o código “SFCansaço” e o valor 1 para: Sempre; o valor 2 para: Diversas vezes por dia; o valor 3 para: Pelo menos uma vez por dia; o valor 4 para: 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias; o valor 5 para: 1 – 2 vezes por semana; o valor 6 para: Menos que uma vez por semana; e o valor 7 para: 7 - Nunca nas últimas 2 semanas.

- No KCCQ, para a questão 6:

- Durante as últimas 2 semanas, quanto é que o cansaço o/ a tem incomodado? Foi atribuído o código “SGCansaço” e o valor 1 para: Extremamente incomodativo; o valor 2 para: Muito incomodativo; o valor 3 para: Moderadamente incomodativo; o valor 4 para: Um pouco incomodativo; o valor 5 para: Nada incomodativo; e o valor 6 para: Não tenho tido cansaço.

- No KCCQ, para a questão 7:

- Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes a falta de ar tem limitado a sua capacidade de fazer o que quer? Foi atribuído o código “SFDispneia” e o valor 1 para: Sempre; o valor 2 para: Diversas vezes por dia; o valor 3 para: Pelo menos uma vez por dia; o valor 4 para: 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias; o valor 5 para: 1 – 2 vezes por semana; o valor 6 para: Menos que uma vez por semana; e o valor 7 para: Nunca nas últimas 2 semanas.

- No KCCQ, para a questão 8:

-Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a falta de ar o/ a tem incomodado? Foi atribuído o código “SGDispneia” e o valor 1 para: Extremamente incomodativo; o valor 2 para: Muito incomodativo; o valor 3 para: Moderadamente incomodativo; o valor 4 para: Um pouco incomodativo; o valor 5 para: Nada incomodativo; e o valor 6 para: Não tenho tido falta de ar.

- No KCCQ, para a questão 9:

- Durante as últimas 2 semanas, em média, quantas vezes tem sido forçado a dormir sentado numa cadeira ou necessitou de recorrer ao uso de pelo menos 3 almofadas por debaixo da cabeça por causa da falta de ar? Foi atribuído o código “SFOrtopneiai” e o valor 1 para: Todas as noites; o valor 2 para: 3 ou mais vezes por semana mas não todos os dias; o valor 3 para: 1 – 2 vezes por semana; o valor 4 para: Menos que uma vez por semana; e o valor 5 para: Nunca nas ultimas 2 semanas.

- No KCCQ, para a questão 10:

- Os sintomas da insuficiência cardíaca podem piorar por diversas razões. Que certeza tem em relação ao que deve fazer, ou quem deve chamar, se a sua insuficiência cardíaca piorar? Foi atribuído o código “AFAssistência” e o valor 1 para: Não sei; o valor 2 para: Não tenho a certeza; o valor 3 para: Tenho mais ou menos a certeza; o valor 4 para: Alguma certeza; e o valor 5 para: Muita certeza.

- No KCCQ, para a questão 11:

- Até que ponto percebe quais as coisas que pode fazer para não deixar os sintomas de insuficiência cardíaca piorar? (como por exemplo verificar o peso, dieta com pouco sal, etc.) foi atribuído o código “AFAutocuidado” e o valor 1 para Não percebo nada; o valor 2 para: Não percebo muito bem; o valor 3 para: Percebo mais ou menos; o valor 4 para: Percebo bem; e o valor 5 para: Percebo completamente.

Continuação da Tabela 2 - Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir.

- No KCCQ, para a questão 12:

- Durante as últimas 2 semanas, quanto é que a sua insuficiência cardíaca tem limitado fazer o que mais gosta? Foi atribuído o código “QVLimitação” e o valor 1 para: Tem limitado extremamente; o valor 2 para: Tem limitado muito; o valor 3 para: Tem limitado moderadamente; o valor 4 para: Tem limitado pouco; e o valor 5 para: Não tem limitado.

- No KCCQ, para a questão 13:

- Se tivesse que passar o resto da vida com a sua insuficiência cardíaca da forma que está agora, como é que se sentiria sobre isso? Foi atribuído o código “QVSatisfação” e o valor 1 para: Nem um pouco satisfeito; o valor 2 para: Muito satisfeito; o valor 3 para: Um pouco insatisfeito; o valor 4 para: Satisfeito; e o valor 5 para: Completamente satisfeito.

- No KCCQ, para a questão 14:

- Durante as últimas 2 semanas, quantas vezes tem estado desanimado ou abatido por causa da sua insuficiência cardíaca? Foi atribuído o código “QVDesânimo” e o valor 1 para: Sinto-me assim sempre; o valor 2 para: Sinto-me assim quase sempre; o valor 3 para: Sinto-me assim às vezes; o valor 4 para: Sinto-me assim raramente; e o valor 5 para: Nunca me senti assim.

- No KCCQ, para a questão 15: Quanto é que a sua insuficiência cardíaca afeta o seu estilo de vida? Indique o quanto a sua insuficiência cardíaca tem limitado a sua participação nas seguintes atividades nas últimas 2 semanas:

- Passatempos, atividades recreativas. Foi atribuído o código “LSPassatempos” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada limitada; e o valor 6 para: 6 - Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.

- Trabalhar ou trabalhos domésticos. Foi atribuído o código “LSTrabalhar” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada limitada; e o valor 6 para: 6 - Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.

- Visitar família ou amigos fora de casa. Foi atribuído o código “LSVisitarFamiliaAmigos” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada limitada; e o valor 6 para: 6 - Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.

- Relações íntimas com pessoas amadas. Foi atribuído o código “LSRelaçõesIntimas” e o valor 1 para: Extremamente limitada; o valor 2 para: Muito limitada; o valor 3 para: Moderadamente limitada; o valor 4 para: Ligeiramente limitada; o valor 5 para: Nada limitada; e o valor 6 para: 6 - Limitada por outra razão ou não faz esta atividade.

**- No questionário sociodemográfico e clínico:**

- *na parte sociodemográfica, para a questão:*

- 1 – Género, foi atribuído o código “Género” e o valor 1 para: Masculino; e o valor 2 para: Feminino.

- 2 – Idade, foi atribuído o código “Idade” e os respetivos valores em anos.

- 3 - Estado Civil, foi atribuído o código “EstadoCívil” e o valor 1 para: Solteiro/ Divorciado/ Separado/ Viúvo; e o valor 2 para: Casado/ União de facto.

- 4 - Nível de Instrução, foi atribuído o código “NívelInstrução” e o valor 1 para: Não sabe ler e escrever; o valor 2 para: Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino; o valor 3 para: 1º ciclo do ensino básico (4º ano/antiga 4ª classe); o valor 4 para: 2º ciclo do ensino básico (6º ano/antigo 2º ano do ciclo preparatório); o valor 5 para: 1º ciclo do ensino básico (9º ano/antigo 5ºano do curso geral dos liceus); o valor 6 para: Ensino Secundário (12º ano/7º ano do curso complementar dos liceus); o valor 7 para: Ensino pós-secundário (curso especializ. tecnológica ou outro não conferente a grau); e o valor 8 para: Ensino superior.

- 5 - Área de Residência, foi atribuído o código “ÁreaResidência” e o valor 1 para: Urbana; e o valor 2 para: Rural;

- 6 - Sente apoio da família? Foi atribuído o código “ApoioFamiliar” e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.

- 7 - Sente apoio dos amigos? Foi atribuído o código “ApoioAmigos” e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.

- 8 - Possui condições económicas mínimas necessárias para tratar a sua insuficiência cardíaca (por exemplo: para a medicação, transporte para as consultas...)? Foi atribuído o código “CondiçõesEconómicas” e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.

Conclusão da Tabela 2 - Atribuição de nome e de valor a cada uma das formas que as variáveis dos questionários podem assumir.

- *para a parte clínica, para a questão:*

1 - Pelo facto de frequentar a Clínica de Insuficiência Cardíaca:

- Tenho maior facilidade no acesso ao serviço de saúde. Foi atribuído o código "CICAcessibilidadeSS" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Tenho um maior acompanhamento em consultas periódicas a nível médico e de enfermagem. Foi atribuído o código "CICAcompanhamento" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Tenho um maior conhecimento e controle da minha doença. Foi atribuído o código "CICConhecimentoDoença" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Admito uma maior gravidade da minha doença. Foi atribuído o código "CICAceitaçãoGravidadeDoença" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Sinto uma maior capacidade para fazer alterações no meu estilo de vida (por exemplo: controlar o peso, diminuir o consumo de sal...) para ajudar a controlar a minha insuficiência cardíaca. Foi atribuído o código "CICAutocuidado" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Reconheço uma maior importância da toma da medicação como prescrito. Foi atribuído o código "CICAdeçãoMedicação" e o valor 1 para: Verdadeiro; o valor 2 para: Falso; e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.
- Estou mais vigilante aos sinais e sintomas de descompensação da doença (por exemplo: pernas inchadas, aumento rápido do peso...) recorro antecipadamente à Clínica de Insuficiência Cardíaca. Foi atribuído o código "CICVigilânciaSintomas" e o valor 3 para: não está na clínica de insuficiência cardíaca.

- 1 - Tipo de intervenção a que foi submetido:

- Transplante Cardíaco. Foi atribuído o código "Transplante" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Pacemaker definitivo (PMD). Foi atribuído o código "PMD" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Cardioversor-desfibrilhador implantável (CDI). Foi atribuído o código "CDI" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Terapêutica de Dessincronização Cardíaca (TRC). Foi atribuído o código "TRC" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Cirurgia valvular. Foi atribuído o código "CirurgiaValvular" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM). Foi atribuído o código "CRM" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Angioplastia Coronária Percutânea (PTCA). Foi atribuído o código "PTCA" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Otimização Terapêutica Farmacológica. Foi atribuído o código "TerapêuticaFarmacológica" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Clínica de Insuficiência Cardíaca (CIC). Foi atribuído o código "CIC" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Outros. Foi atribuído o código "Outros" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.

- 2 - Etiologia da IC:

- Isquémica: foi atribuído o código "Isquémica" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Hipertensiva. Foi atribuído o código "Hipertensiva" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Valvular. Foi atribuído o código "Valvular" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Idiopática. Foi atribuído o código "Idiopática" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Drogas/ Tóxicos. Foi atribuído o código "DrogasTóxicos" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.
- Outra. Foi atribuído o código "Outra" e o valor 1 para: Sim; e o valor 2 para: Não.

- 3 - Classificação New York Heart Association (NYHA) da Insuficiência Cardíaca: foi atribuído o código "NYHA" e o valor 1 para: Classe I; o valor 2 para: Classe II; o valor 3 para: Classe III; e o valor 4 para: Classe IV.

- 4 - Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE): foi atribuído o código "FEVE" e o valor 1 para:  $\leq 35\%$ ; e o valor 2 para 36-50%.

Legenda: EQ-5D - Euro Quality of Life Instrument-5D; KCCQ - Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire.